

चर्मरोग चिकित्सा

यह पुस्तक मानव मात्र को सर्वाधिक पीडित करने वाले 'चमड़ी के रोग' पर आधारित है, इस पुस्तक में बताया गया है कि बच्ची और बड़ों में चर्मरोगों की अलग-अलग विशेषताएँ होती हैं। एक ही चर्मरोग की तत्त्विक गति बच्चे और बड़े में भिन्न-भिन्न होती है, क्योंकि उसके शरीर की प्रतिकार की क्षमता भिन्न-भिन्न होती है। इसके अतिरिक्त व्यवसायजनित परिस्थितियों पर आधारित चर्मरोग सिर्फ बड़ों में ही होते हैं। जबकि जनमायिक स्फोट, मिथ्या फुसी क्लेश और अपशल्की चर्मरोग नवजात शिशुओं में होते हैं।

प्रस्तुत पुस्तक में चमड़ी के रोग के प्रमुख कारणों तथा उनका उपचार कैसे हो इस पर लेखिका ने प्रकाश डाला है।

आशा है इस जटिल विषय पर आधारित यह पुस्तक जिज्ञासु पाठकों को अवश्य ही पसंद आयेगी।

नानी एकेडेमी, पुस्तकालय
इलाहाबाद

.....
.....
.....१३६२३.....
.....

100

यह १
पीड़ि
आधा
है कि
अलग
ही न
बड़े
शरीर
होती
परि
बड़ों
स्फो
चर्म

प्रमु
हो ।

आ
को

चर्मरोग चिकित्सा

United LT
Raja Ram Narayan Roy
Library L. Narayan Roy
Calcutta.

राजकुमार एण्ड सन्स

सुरुचिपूर्ण प्रकाशन

एक गौरवशाली परम्परा

या
पी
अ
है
अ
ही
ब
श
ही
पा
ब
स
च

प्र
है

अ
क



स्वास्थ्य शिक्षा की वैज्ञानिक विधि

चर्मरोग चिकित्सा

लेखिका

डॉ. डिम्पल शाह

(भूतपूर्व मर्जन, दयानन्द अस्पताल)

प्रकाशक

राजकुमार एण्ड संस

दिल्ली-110032

ISBN : 81-88026-03-4

प्रकाशक : राजकुमार एण्ड संस

30/36, गली नं-9, विश्वास नगर

शाहदरा, दिल्ली-110032

मूल्य : 150.00

संशोधक : राजकुमार शर्मा

संस्करण : प्रथम 2002

शब्द-संयोजन: मनीष लेज़र प्रिंट्स

शाहदरा, दिल्ली-110032

मुद्रक : बी. के. ऑफ़सैट, शाहदरा, दिल्ली-110032

लेखकीय

बच्चों तथा बड़ों में चर्म रोगों की अपनी अलग-अलग विशेषताएँ होती हैं। एक ही चर्म रोग की क्लिनिकल (Clinical) गति बच्चे और बड़े में भिन्न होती है, क्योंकि उनमें जर्जर की प्रतिक्रिया (reactivity) भिन्न होती है, उनमें अंतर्जातीय स्तर (endocrine status) तथा मस्तिष्क नर्वनस (nervous system) की अवस्थाएँ भिन्न होती हैं; इसके अतिरिक्त बच्चों का जर्जर तेजी से बढ़ने वाला होता है। अनेक अन्य बातें भी हैं, जिनके कारण उनमें समान प्रकार के रोग अलग-अलग विशेषताओं के साथ प्रकट होते हैं। इतना ही नहीं, कई चर्मरोग (dermatoses) सिर्फ बच्चों में होते हैं और कई सिर्फ बड़ों में।

उदाहरणार्थ व्यावसायिक (व्यवसायजनित) चर्मरोग सिर्फ बड़ों में होते हैं, जथाः जनमार्मिक स्फोट, मिथ्या फुरीकेशन और अपशब्दी चर्मशोथ सिर्फ नवजात शिशुओं में होते हैं; आरम्भिक जन्मजात सीफलिस 4 वर्ष की उम्र में प्रकट होता है, जबकि विलंबित जन्मजात सीफलिस अधिकांशतः 7 वर्ष से 16-18 वर्ष तक प्रकट होता है। अर्जित (acquired) सीफलिस की विशेषताएँ बच्चों में अलग होती हैं।

लेकिन अनेक चर्मरोग ऐसे भी हैं, जिनकी क्लिनिक गति बच्चे और बड़े में समान होती है, या बहुत कम भिन्न होती है। इसीलिए इस एक ही पुस्तक के सामान्य थेरापी तथा बालचिकित्सा दोनों ही के छात्रों की आवश्यकताओं को ध्यान में रखा गया है (पहले उनके लिए अलग-अलग पुस्तकें लिखी जाती थीं)। लेखिका यह भी आशा करती है कि प्रस्तुत पुस्तक चर्मरोग चिकित्सा के क्षेत्र में कार्यरत डॉक्टरों के लिये भी उपयोगी सिद्ध होगी।

—डा. डिम्पल शाह

1



अनुक्रम

चमड़ी के रोग	9
सामान्य चर्मलोचन	13
चर्म में रक्तापूर्ति	19
चर्मरोगी का परीक्षण	20
बच्चों और बड़ों की चिकित्सा के लिये भौतिकीय विधियाँ	23
प्राकृतिक घटकों से चिकित्सा	28
फुंसी, फुंसीक्लेश	35
जुतंक चर्मरोग (जंतुक परजीवियों से उत्पन्न चर्मरोग)	54
कुष्ठ	62
चर्म-यक्ष्मा (चर्म-गाँठक्लेश)	76
जीनचर्मक्लेश या विरासती चर्मरोग	112
नार्वचर्मक्लेश	120
सामान्य मुंहासा	131
बालों के रोग	138
दुर्दम चर्म-अर्बुद	143
गर्म देशों के कुछ चर्म रोग	146
शब्दावली	149

1

चमड़ी के रोग

चर्मलोचन के विकास की एक ऐतिहासिक रूपरेखा

चर्मलोचन (dermatology) आयुर की एक शाखा है, जिसमें चर्मरोगों और उनकी चिकित्सा का अध्ययन होता है ('लोचन' का अर्थ है दर्शन, ईक्षण, निरीक्षण, अतः अध्ययन भी)। इसकी जड़ें अति प्राचीन काल में भी देखी जा सकती हैं। स्पष्ट रूप से प्रकट होने वाले चर्मरोगों की ओर लोगों का ध्यान बहुत पुराने समय से आकर्षित होता रहा है। इन रोगों के वर्णन विभिन्न देशों के पुराने-से-पुराने लिखित साहित्य में मिल सकते हैं। यथा, 3000-2000 वर्ष ईसा पूर्व के चीनी आयुर-साहित्य के कुष्ठ, मोमिता (मोमी चर्म), खाज, मीनत्व (मीनचर्मता), निर्वर्णकता, दिनाइ, खल्वाटता, फुंसीकलेश, कोलफुसी, त्वचारुणता और अम्हौरी जैसे रोगों का क्रमोद्देश रूप से सही वर्णन किया गया है। प्राचीन मिस्र की पाहुलिपियो में (3000-1000 वर्ष ई. पू.) दिनाइ, कुष्ठ, खाज, कोलफुसी, कीलस, ठेला आदि रोगों का विस्तृत वर्णन मिलता है। सुश्रुत संहिता (800-400 वर्ष ई. पू.) के अनुसार कुष्ठ, खल्वाटता, ठेला और बिवाई (पादक्षति) भारत में बहुत पुराने जमाने से ज्ञात हैं, उसमें खुजली की 14 दवाएं और पित्ती के 40 से अधिक उपाय वर्णित हैं। ईसा से बहुत पूर्व मूसा रचित ग्रंथों में मोमिता, कुष्ठ तथा अनेक अन्य चर्मरोगों के वर्णन मिलते हैं। बाद में चर्मलोचन विभिन्न देशों में वहां के ज्ञान-विज्ञान और प्रचलित रोगों के अनुसार विकसित होता रहा।

आयुर का महत्वपूर्ण विकास प्राचीन ग्रीस में हुआ। हिप्पोक्रेट (Hippocrates, 460-375 ई. पू.) प्रथम व्यक्ति थे, जिन्होंने आयुर को धार्मिक आचारों से अलग करने की कोशिश की। उन्होंने अनेक चर्मरोगों का वर्णन किया और उन्हें अंतर्जनित तथा बहिर्जनित (endogenous and exogenous) कारणों के आधार पर दो वर्गों में बांटा। उनका सिद्धांत था कि रोग रसो—काले व पीले पित्त, रक्त और कफ के अपसामान्य मिश्रण के कारण होते हैं (अंतर्जनित कारण)। रसों के अपसामान्य मिश्रण का सिद्धांत (रस-सिद्धांत) चर्मलोचन में लंबे समय तक अपना स्थान बनाये रहा। हिप्पोक्रेट ने अनेक ऐसे शब्दों का प्रयोग किया था, जो आज भी प्रचलित हैं—हेर्पेस (विसर्प), लेप्रा (कुष्ठ) आलोपेसिया (खल्वाटता), आप्थे

स्वनम्रण कासीनामा स्कार ma f i r i r का वाच स य प ।
का भी प्रयोग करगे - बन । एकथीमा वेनेविण, नादि ।

रोम के लेखक सन्म (Celsus 25 ई.) ने अपनी कृति *De morbis cutanea libi ocol* ('आठ खंडों में 'आयुर') में कई अध्याय चर्मरोगों का भिन्न भिन्न रोगों - फुंसी, कॉलफुमी, रोगकृप-क्लेश (गोकोमिस), लवणरुणता (गोमेसाय तान), खजूक्लेश (पॉरिआमिस), नुकीला कवचद (कोशिकाय), रक्तवर्ण श्वेत, रक्तलामतृणत्व (त्रिखोफीतोसिस) आदि को । ये चर्मरोगों के इलाज में तृण, गर्मी तथा व्यायाम के उपयोग की सलाह देते थे ।

विख्यात फारसी विद्वान् अबु अली अज-हस्मन इब्न सीना (अविकेना, Avicenna) का जन्म 980 में हुआ था, वे कुछ समय तक बुखारा में रहे थे और अरबी में लिखते थे । उन्होंने बुदबुदिया, पिती, कट्ट, गोनिगा-कृमि का वर्णन किया था और श्लीषट तथा कुष्ठ में भेद बताया था । अपनी प्रसिद्ध पुस्तक 'चिकित्सा के नियम' में इब्न-सीना ने चीनी, भारतीय तथा यूनानी चिकित्सा का भी वर्णन नहीं किया है, चिकित्सा के क्षेत्र में उन्होंने मालिक योगदान की दिया । उनकी अनेक अप्रभाए और नुस्खे आज भी सही हैं ।

मध्ययुगीन सामंती राज में चर्च के बोलबाला के कारण चर्मरोगों में सभी प्रकृतिविज्ञानों के विकास में एक थिराव आ गया था । सामंतवाद की नींव में अधिक प्रगतिकारी समाज पूंजीवाद के विकास के बाद ही विज्ञान, कला और उद्योग में एक सामान्य प्रगति आरंभ हुई । यह प्रगति चर्मरोगों के क्षेत्र में भी आयी ।

1571 में इटली के मेर्कुरिआलिस ने चर्मरोगों पर प्रथम पुस्तक (*De morbis cutaneus*) लिखी । चर्म की अनाटोमी और शरीरलोचन का भी तंत्रों में विकास होने लगा । मार्सेलो माल्पीगी ने अधिचर्म (*epidermis*) की शृंगी, श्लेष्मक तथा कांटल परतों में भेद किया, बसीय व स्वेदक ग्रंथियों तथा रोमकूयों का वर्णन किया और बसीय कोशिकाओं की खोज की ।

18वीं शती के अंत में विणना के प्रोफेसर जोसेफ प्लेक ने चर्मरोगों की एक पाठ्यपुस्तक *Doctrina de morbis cutaneus* (1776) लिखी, जिसमें सभी चर्मरोग 14 वर्गों में बांटे गये थे । इस वर्गीकरण का आधार रोगों की निम्न बाह्य समानताएँ थी; शरीर की सामान्य अवस्था, हेतुलोचनी (*aetiological*) तथा अन्य घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया था । चर्मरोगों के अध्ययन में रूपलान्घन (*morphological*) चरण के इसी आरंभ से चर्मरोगों एक स्वतंत्र विज्ञान के रूप में उभरा, जिसकी अपनी विशिष्ट परीक्षण-विधियाँ थीं । चर्मरोगों में रूपलान्घन सिद्धांत का आगे चलकर विकास ब्रिटिश स्कूल की कृतियों में हुआ, जिसका

तान मान प्राप्त ६ गम्य मिलियम 7 18 और उनके शिष्य धामस बेटमैन (1778-1821) थे। गैलघम ने ही शब्द 'एक्जेमा' (दिनाइ) प्रस्तावित किया था, जो अब विश्वभर में संचालित है, उन्होंने इस रोग का स्पष्ट वर्णन दिया, चर्मरोगों पर एक पाठ्यपुस्तक लिखी, जिस बड़ी मान्यता प्राप्त हुई। बेटमैन ने प्रथम चर्मरोगों का एटलस तथा चर्मरोगों पर एक पाठ्यपुस्तक प्रकाशित की।

इसी समय फ्रांस में भी चर्मलोचनी स्कूल विकसित होने लगा, इसके प्रवर्तक जॉन ब्रानवट (1768-1847) थे। उन्होंने चर्मरोगों का वर्गीकरण एक वृक्ष के रूप में प्रस्तावित किया (जना चर्म था, मुख्य शाखाएँ रोगों की जानिया थी, छोटी शाखाएँ उपजानिया और टहनियाँ उनके प्रकार थी)। उनका विश्वास था कि चर्मरोगों की उत्पत्ति शरीर में सामान्य गड़बड़ियों, विशेष कुमिश्रणों (डिस्क्रेजिया, रसों के कुमिश्रणों), गठनात्मक (constitutional) रोगों तथा पारश्लेषण (diathesis) के कारण होती है। लेकिन इन घटकों का सार एव कारण अस्पष्ट था, उनका गहन अध्ययन नहीं होता था। उस समय फ्रांसीसी चर्मलोचनी स्कूल के एक अन्य मध्यायी प्रतिनिधि भी थे—अंजुआन बाजी (Antoine Bazin, 1807-1878)। उन्होंने अपनी कृतियों में मूलभूत अवधारणाएँ प्रस्तुत कीं। इन विचारों का सार यह था कि चर्मरोग वास्तविकता में नहीं होता; रोग पूरे शरीर का होता है और लक्षण पर क्षीयता इन रोगों की बाह्य अभिव्यक्ति है (स्तुकोवेकोव, 1883)।

इस प्रकार, जिस समय विनियम तथा बेटमैन द्वारा प्रस्तावित रूपलोचनी (रूप के अध्ययन पर आधारित) वर्गीकरण यूरोप में विशेष लोकप्रिय हो रहा था, इसके विरुद्ध फ्रांसीसी चर्मलोचनी स्कूल का वर्गीकरण आया, जो चर्मरोगों की उत्पत्ति के रस-सिद्धांत पर आधारित था।

फेर्डिनांड फोन हेब्रा (Ferdinand von Hebra, 1816-1880) विएना के चर्मलोचनी स्कूल के प्रवर्तक और मुख्य प्रतिनिधि माने जाते हैं। अपने आस्ट्रियाई वर्गीकरण शिष्य कापोजी (Kaposi, 1837-1902) के साथ मिलकर उन्होंने चर्मक्लेशों का रोगो-अनाटोमिक वर्गीकरण प्रस्तुत किया, जो उस समय प्रगतिकारी था और चर्मरोगों के अध्ययन में एक नये चरण का सूचक था। हेब्रा ने चर्मक्लेशों की उत्पत्ति में मुख्य भूमिका बाह्य रासायनिक, भौतिकीय एवं अन्य क्षोभकों (stimuli) की मानी। उन्होंने कुछ रूपलोचनी क्षतियों के अन्य क्षतियों में विकसित होने की प्रक्रिया का अध्ययन किया, जैसे चित्ती का पिटक में, पिटक का फांडिया में, फोड़िया का पीपिका में आदि। हेब्रा और कापोजी ने चर्मलोचन पर पाठ्यपुस्तकें लिखीं, चर्मरोगों के एटलस बनाये और नये किस्म के चर्मक्लेशों का वर्णन किया, जिनमें निम्न के नाम आते हैं—बहुरूपी रिसालु सुखी (erythema multiforme exudativum), कंडु (prurigo), वर्णकीय चर्मशुष्कता (xeroderma

pigmentosum), केशीय लाल रुमन (pityriasis rubra pilaris) आदि। उन्होंने चर्मरोगों की चिकित्सा की वास्तविक विधियों को सांगकरा नोटान के 1907 खोज की। विएना स्कूल की मुख्य गजनी श्री-सांगकारा नदया 2 गजान पर चर्मरोगों के वर्गीकरण के सिद्धांत का अवमूल्याकन।

यहां तक चर्मलोचन के विकास का परिणाम यह है कि 19वीं शताब्दी के अंत में और 20वीं शताब्दी के आरम्भ में इस विज्ञान की महत्वपूर्ण संशोधन प्रगति। सेकंडो अज्ञात चर्मरोग प्रकाश में आये, उनका अध्ययन एवं वर्णन किया गया, दर्जनों पाठ्यपुस्तकें एवं एटलस प्रकाशित हुए, अंतरंग एवं दूरिग सांगया 4. निच चर्मलोचनी अस्पताल और तत्पलय खोले गये, जायूरी सम्थाना और विश्वविद्यालय में चर्म रोगों के लिये अलग से विभाग बनाये गये, चर्मलोचनी पात्रकारा प्रकाशित होने लगी, वैज्ञानिक चर्मलोचनी समाज सर्गठित होने लगे आदि-आदि।

सूक्ष्मजीवलोचन की तीव्र प्रगति से चर्मलोचन में हतुलोचनी विचारधारा विकसित हुई। अनेक खुमीज रोगों के कारक प्रकाश में आये, जैसे- 1839 में मोमिता का, 1842 में पर्जीविज रोमकूपशोथ का, 1843 में सूक्ष्मगोरन का 1844 में नरप्रेमी लोमतृणत्व का, 1846 में गुलाबी वृसन का। 1850 में कणिक कोलफुसी और 1873 में कुष्ठ के कारक ज्ञात हुए। स्ट्रिप्ताकोफ और स्पाफिलाकोफ 1880-1884 में वर्णित हुए, यक्ष्माकारा बसिल 1882 में, ग्रन्थ निम्बदा बोरूम 1892 में, गोनोंकोक 1879 में, त्रेपोनेमा पालीडूम 1905 में आदि। इन खोजों की सहायता से रोगों का हेतुलोचनी (कारण के अध्ययन पर आधारित) वर्गीकरण संभव हुआ। जल्द ही यह भी ज्ञात हो गया कि शरीर में जीवाणु की उपस्थिति का यह अर्थ नहीं होता कि रोग होगा ही, इसके अतिरिक्त यह भी पता चला कि एक ही जीवाणु अलग-अलग लोगों में एक ही रोग को विभिन्न रूपों में उत्पन्न कर सकता है। रोग का विकास प्रेरित करने वाले प्रवणकारी घटकों (predisposing factors) का गभीरता के साथ अध्ययन होने लगा। और इस तरह चर्मलोचन में गदजनन के अध्ययन की प्रवृत्ति को महत्ता मिली।

रूसी चर्मलोचको (अ. पलतेव्जोव, अ. पम्पेलोव, पा. निक्रोल्स्की तथा अन्य) ने आयुर और विशेषकर चर्मलोचन में गदजनन (pathogenesis) के अध्ययन की प्रवृत्ति के विकास में बहुत बड़ा योगदान किया है। चर्मक्लेशों के विकास में पनपू (vegetative) नर्वतंत्र की भूमिका का गहरा अध्ययन होने लगा। परोजन (allergy, शरीर की परिवर्तित संवेदिता या संवेदनशीलता) की छानबीन भी आगे बढ़ी—आर्थस-पिर्के (Arthus pirquet), याडास्सोन (Jadassohn) जुल्डसवेगेर आदि की कृतियों में। चर्मरोगों की उत्पत्ति और उनके कारणों पर अंतर्सावी (endocrine) क्रियाओं तथा अन्य घटकों के प्रभाव का अन्वीक्षण होने लगा।

सामान्य चर्मलोचन

आदमी का स्वास्थ्य, शरीर में नार्विक (nervous), अंतर्सावी (endocrine), हृत्कूर्मिक (cardiovascular) तथा अन्य तंत्रों की कार्यशीलता, द्रव्य-विनिमय की सक्रियता और प्रवृत्ति आदि अनेक घटक प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से चर्म की भी अवस्था तथा कार्य पर असर डालते हैं।

पूरे शरीर की एक अखंड इकाई के रूप में सक्रियता और चर्म के बीच एक प्रत्यक्ष निर्भरता पायी जाती है। चर्मलोचन का अध्ययन चर्म की अनाटोमी और शरीरलोचन से शुरू करत वक्त इस बात पर जरूर जोर देना चाहिये कि चर्म शरीर का एक अभिन्न अंग है और शरीर के अन्य कार्यों के साथ घनिष्ठ संबंध रखता है।

चर्म की अनाटोमी और ऊतलोचन

चर्म-अनाटोमी (skin anatomy). आदमी का चर्म (चमड़ी, cutis) उसके शरीर का बाहरी आवरण है, वह शरीर के प्राकृतिक छेदों—मुह, नाक, मूत्र-जननेंद्रिय और गुदा के पास पहुंचकर श्लेष्मल झिल्ली (mucous membrane) के साथ मिल जाता है। वयस्कों में चर्म की सतह 1.5 से 2m² तक होती है, जबकि मोटाई (अधोचार्म वसा (subcutaneous fat) को छोड़कर) मिलीमीटर के कुछ अंशों से लेकर (पलक और बाह्य श्रवण-मार्ग पर) 4mm तक (हथेलियों और तलवों पर) होती है। अधोचार्म वसा की भी मोटाई जगह-जगह पर काफी भिन्न होती है। कुछ जगहों पर वह होती ही नहीं है और कुछ जगहों पर (जैसे मोटे आदमी के पेट और नितबों पर) उसकी मोटाई कई सेंटीमीटर तक पहुंच सकती है। वयस्क में अकेले चर्म का द्रव्यमान (mass) पूरे शरीर के द्रव्यमान का लगभग 5 प्रतिशत अंश होता है, जबकि अधोचार्म वसा के साथ करीब 16 से 17.7 प्रतिशत होता है।

चर्म की सतह (त्वचा) पर अनेक खांचे (खात, खातिकाएं), सलवटें और अवनमन (गड्ढे) पाये जाते हैं, वह तीकोण और रोबवत (rhomboid) क्षेत्रों के एक जटिल क्रम (चटाई) के रूप में दिखती है। चेहरे की झुर्रियां, हथेली, तलवे और फोते (अंडकोष) की सलवटें चर्म पर स्थूल खातिकाएं हैं। हथेली और तलवे पर एक-दूसरे के चलने वाली मेड़े और खातिकाएं तरह-तरह की आकृतियां

बनाता है, इनका नमूना हर भाषा में लिख सकें - प्रमाण्य तथा ... का पहचानने के लिये एक विशालता ... ही ... दृष्टान्त या दृष्टित्वान्तरापी में इसी का प्रमाण ...

[illegible]

त्वचा का अधिकांश क्षेत्र बालों (नामों) से आच्छादित रहता है, जो अंग के क्षेत्र निम्न हैं—टोट (सिद्धरी सीमा, vermillion border), त्वचाजर्मा (चर्म-तन्त्र) (उगलियों समेत), निगमूग (glans penis), वृहत् भगोष्ठ (बड़ा जनन) (large and small pudendal lips)।

त्वचा में मुश्किल से दिखने वाले रक्त हानि है, जो त्वचा भागों में प्रथियो (sebaceous glands) के द्वार है। कृन्त बीमाग्न्या में (जैसे सफ़ाई सेborrhoea में) ये रक्त जंगी आँवों से भी दिखने लगते हैं।

उपलियों के अंतिम खंडों की पञ्च सतह पर नक्षत्रों की

चर्म का ऊतलोचन (skin histology) भवगुन (oncogenesis) में चर्म दो अकुरदायी स्थलो में विकसित होता है-

- (1) बाह्य भ्रूणचर्म, जिसे बहिर्चर्म (ectoderm), बाहिरंकुर (ectoblast) या अध्यंकुर (epiblast) कहते हैं; यह अधिचर्म में परिणत होता है।
- (2) मध्य भ्रूणचर्म (mesoderm) या मध्यकुर (mesoblast), जिसमें नम की दो परतें विकसित होती हैं—सुचर्म (वास्तविक चर्म, dermis) या मध्य परत और अधोचर्म वसा या अवचर्म (सबसे गहरी चर्म-परत)।

अधिचर्म और सुचर्म के बीच की सीमा (काट या अनच्छेद पर) लम्बवत् रेखा के रूप में होती है, क्योंकि सुचर्म की सतह पर विशेष प्रकार के स्तम्भाकार उभार (चुचिकाएँ या पिटिकाएँ, papillae,) बने रहते हैं, जिनके बीच का अवकाश उपकलीय प्रवधों (epithelial processes) से भरा रहता है।

अधिचर्म

अधिचर्म (epidermis) चर्म की सबसे बाहरी परत है; यह पटलित (stratified) उपकला या पपड़ी (epithelium) है, जो शृंगीभवन (keratinisation) की प्रक्रिया में उत्पन्न होती है। अधिचर्म स्वयं भी पाच परतों से बनी होती है -



सामान्य चर्म का ऊतलोचन (आरेख)

चर्म 3 अवचर्म बसा- 4 वषाल ग्रन्थि- 5 लोमकूप (पेशिका) 6 स्वेद ग्रन्थि

(1) आधारीय या अंकुरक परत, (2) काटन परत, (3) कणमय परत, (4) स्पर्श परत, (5) शृंगी परत। हृदय की ओर तब तक ये परतें बढ़ती रहती हैं, जब तक कि हाथ-पैर की आकोचनी सतहों (जिसमें अंग गूँठने की सतहें, (flexor surfaces)) पर स्पर्श परत अन्तर्गम्य होती है, लेकिन इन क्षेत्रों में कणमय परत कोशिकाओं की इकट्टरी कतार से बनी होती है, जो अंग-पतन की शक्ति भी होती है।

अधिचर्म में नर्व-सिराए (nerve endings) अनेक होती हैं। लेकिन रक्तवाहिकाओं में भी नहीं, कोशिकाओं का पोषण अन्तःकोशिकीय अंगियों से वाष्प-रूप में लसीका (lymph) द्वारा होता है।

आधारीय या अंकुरक परत (stratum basale or germinativum)
अधिचर्म की सबसे भीतरी (गहरी) परत है और सीधे सुचर्म पर टिकी होती है। यह बल्लाकार कोशिकाओं की इकट्टरी परत से बनी होती है; इन कोशिकाओं के बीच झिरीनुमा स्थान (अवकाश) अन्तःकोशिकीय सेतु कहलाता है। बड़े बड़े गोल या अंडाकार नाभिक अधिकांशतः इन कोशिकाओं के ऊपरी भाग में ही दिखते हैं, जो खोमातिन (chromatin) से काफी समृद्ध होते हैं और इनमें गाढ़ा रंग होता है। यही कारण है कि वे ऊपरी परत की कोशिका नाभिकों की तुलना में अधिक काले नजर आते हैं।

अंकुरक परत में बल्लाकार कोशिकाओं के अतिरिक्त कहीं-कहीं पर एक विशेष प्रकार की विशाखनरत (द्रुमाकार या वृक्षाकार, dendritic) कोशिकाओं में भी होती है, जिनका नाभिक नन्हा व काला होता है और प्रोटोप्लाज्म (आदिद्रव्य, आदिद्रव्य) बहुत हल्का होता है। इन कोशिकाओं के मुख्य कार्य बल्लाकार कोशिकाओं के ही स्तर पर होते हैं, लेकिन इनकी बहुसंख्य शाखाएं पड़ोसी कोशिकाओं को जकड़े रहती हैं और ऊपरी परत में कोशिकाओं के बीच-बीच में विधी रहती हैं।

कार्य की दृष्टि से अंकुरक परत की कोशिकाओं में दो विशेषताएं हैं। एक तो वे परिचर्म के मुख्य अंकुरनशील तत्त्व-एधक (cambrium) हैं जिनसे अधिचर्म की सभी ऊपरी परतों की कोशिकाएं बनती (पनपती) हैं। आधारीय झिल्ली पर उदग्र खड़ी बल्लाकार कोशिकाओं का विभाजन सूत्रण (mitosis) से होता है। (सूत्रण या सूत्री विभाजन (mitotic division) कोशिका का सामान्य विभाजन, जिसमें रज्यकायो (chromosomes) का लंबाई के सहारे टूटना, उनके जोड़ बनना तथा संतान-कोशिकाओं में जोड़ों का समान संख्या में वितरित होना आदि चरण आते हैं।—अनु.)। दूसरे, अंकुरक परत की कोशिकाओं के प्रोटोप्लाज्म में विभिन्न आकार वाली भूरी गुलिकाओं के रूप में एक वर्णक मेलानिन उपस्थित

रहता है। अब यह माना जाता है कि वर्णक बनने का काम सिर्फ आधारीय परत की द्रुमाकार कोशिकाओं में होता है, जो सही मायने में मेलानो-कोशिकाएँ (melanocytes) हैं। अंदाज लगाया गया है कि 1mm^2 क्षेत्र में औसतन 1155 मेलानो-कोशिकाएँ होती हैं। यह भी निर्धारित किया गया है कि काली चमड़ी में मेलानो-कोशिकाओं की संख्या गौरी चमड़ी से अधिक नहीं होती और त्वचा पर गाढ़े रंग के धब्बे वाले स्थान पर मेलानो-कोशिकाओं की संख्या आस-पास की त्वचा की तुलना में 28.6 से 44.5 प्रतिशत ही होती है। इसीलिए अब सर्वमान्य है कि त्वचा की वर्णकता मेलानो-कोशिकाओं की संख्या पर नहीं, उनकी कार्य-क्षमता पर निर्भर करती है। मेलानिन मेलानो-कोशिका के साइटोप्लाज्म (cytoplasm—कोशिकाद्रव्य) में तीरोजीन (tyrosine) के ऑक्सीकरण से प्राप्त उत्पादों के बहुलकन से बनता है, पूरी प्रक्रिया तीरोजीनाज (tyrosinase) नामक खमीर (ferment) के प्रभाव में चलती है, जिसकी सक्रियता ताम्र-आयनों की उपस्थिति पर निर्भर करती है। अंतर्जातीय ग्रंथियों का कार्य भी वर्णक बनने की क्रिया पर सक्रिय प्रभाव डालता है। अनुकंपी नर्वो (sympathetic nerves) का क्षोभ (या उत्तेजन, stimulation) वर्णक बनने की क्रिया को दमित करता है, लेकिन पर्याप्त किरणें, आयनक विकिरण और कुछ रासायनिक द्रव्य इसमें प्रोत्साहित करते हैं। विटामिन, विशेषकर विटामिन C, वर्णक के बनने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं।

कांटल परत (stratum spinosum) अंकुरक परत पर होती है; इसकी मोटाई में कोशिकाओं की 5 से 10 कतारें होती हैं, जो परत के गहरे भागों में घनवत् (cuboid) होती हैं, पर ऊपर कणमय परत की ओर चपटी होती जाती है। कांटल परत की कोशिकाएँ काटों की तरह उभरी होती हैं और अंकुरक परत की कोशिकाओं के समान ही अंतराकोशिकीय सेतुओं से जुड़ी होती हैं, वे एक-दूसरी को प्रोटोप्लाज्मिक प्रवर्धों द्वारा छूती रहती हैं। इन कोशिकाओं के नाभिक गोल व बड़े होते हैं और उनमें एक या दो केंद्रिकाएँ (जर्मन डॉक्टर Th. Langhan, 1839-1915 के नाम ज्ञात कोशिकाएँ) दिखायी जा सकती हैं (स्वर्ण-रंजित करने पर)। इनके नाभिक मुश्किल से रंजित होते हैं और इनसे अनेक विशाखित प्रवर्ध निकलते हैं, जो अन्य कोशिकाओं के बीच फैले रहते हैं। इन कोशिकाओं में वर्णक नहीं होता, और ये हमेशा अंकुरक परत से ऊपर स्थित होती हैं। लांगहान-कोशिकाओं की प्रकृति अभी ज्ञात नहीं हुई है। कुछ विशेषज्ञ इन्हें नर्व-मूल का मानते हैं, कुछ इन्हें 'प्रवासी' श्वेतकोशिका (leucocytes) कहते हैं, कुछ मध्यस्रवामूल (mesenchyma origin) का कहते हैं और कुछ इन्हें वर्णकहीन द्रुमाकार कोशिकाएँ मानते हैं। (मध्यस्रवा भ्रूण-पिंड के प्राथमिक कोटर में अंगों व ऊतकों के अधिक

धने अमुरा के रीच का स्थान ढील ढाल रूप में भग्न वाली मांशिक जो भी ऊपर है, जो रक्त-काशिकाओं और अस्थीय एवं चिकने पेशीय ऊतकों को रक्त प्रवाह है।—अनु.) काटल परत की कोशिकाओं में तानुतानकण (tonofibrils) भी पायी गयी है। ये कोशिका-द्रव्य में जाती हैं और एक कोशिका से दूसरी कोशिका तक फैली नहीं रहती, प्रोटोप्लाज्मिक प्रवर्धों में भी समाप्त हो जाती हैं। अफग परत की बल्लाकार कोशिकाओं के कोशिका द्रव्य में वे कम स्पष्ट दिखती हैं। जैसे-जैसे हम ऊपरी परत कणमय परत की ओर बढ़ते हैं, काटल परत की कोशिकाएं चपटी तथा अधिचर्म की सतह के समानान्तर बनी जाती हैं और ऊपरी परत के साथ कोई स्पष्ट सीमा बनाये बगैर उगमें मिल जाती हैं।

कणमय परत (stratum granulosum) की मोटाई में (अधिचर्म के समानांतर) कोशिकाओं की एक या दो कतारें होती हैं (हथेली व तलवों पर चार तक होती हैं), इनके नाभिक क्रमशः छोटे होते जाते हैं और प्रोटोप्लाज्म में मध्य रंग से गाढ़ा रजित असख्य कण दिखने लगते हैं। कुछ विशेषज्ञ इन कणों को नाभिकीय अवजनन (degeneration) का उत्पाद मानते हैं, अन्य मानते हैं कि ये तलिकाओं के टुकड़े-टुकड़े होने से बनते हैं। पहले यह विश्वास किया जाता था कि ये कण एक विशेष द्रव्य कैराटोहिआलिन (keratohyalin - शृंगीकरण) से बनते हैं, पर बाद में पता चला कि यह द्रव्य न तो शृंगी है, न कांथर जी, सरमना के अनुसार यह DNA से संबंधित है। 'शृंगीकरण' कणों की अपर्याप्त अधिचर्म कोशिकाओं के शृंगीभवन (keratinisation) का प्रथम दृश्य चरण है।

अधिचर्म की अंकुरक, काटल तथा कणमय परतों की क्रमशः एक नाम - मालपीगी-परत से पुकारते हैं (M Malpighi, 1628-1694; इतालवी अनोटोमक)।

स्वच्छ परत (stratum lucidum) कणमय परत पर स्थित होती है; यह लमड़ी कोशिकाओं से बनी होती है, जिनमें प्रकाश को बहुत अधिक अपवर्तित करने वाला एक विशेष प्रोटीन-द्रव्य होता है। यह द्रव्य तेल की वृद्ध से मिलता-जुलता है, अतः इसे एलेइडिन कहते हैं (eleidin; ग्रीक elei=जैतून से)। मुख्य अवयव एलेइडिन के अतिरिक्त स्वच्छ परत में ग्लाइकोजन (glycogen) तथा कुछ वसीय द्रव्य भी होते हैं, जैसे—लिपोइड (lipoids), ओलेइक अम्ल (oleic acid)।

सामान्य रजन-विधियों (staining methods) के उपयोग से मोटी उपकलीय परत वाले चर्म-क्षेत्रों (जैसे हथेलियों और तलवों) की स्वच्छ परत एक रंगहीन धारी के रूप में दिखती है। कुछ रोगलोचनी प्रक्रियाओं (मीनत्व, रधशृंगिता) में भी वह स्पष्ट दिखने लगती है। यह विचार अब प्रमाणित हो चुका है कि पानी और विद्युविश्लेषकों के लिये अधिचर्म की अबेध्यता स्वच्छ परत से ही संबंधित

हे—इसमें भी दो उप-परतें हैं; ऊपरी परत अम्लीय प्रतिक्रिया करती है और निचली क्षारीय (alkaline)। इस प्रकार स्वच्छ परत अधिचर्म की बहुत जटिल परत है।

शृंगी परत (stratum corneum) अधिचर्म की सबसे ऊपरी परत है। यह बाह्य परिवेश के प्रत्यक्ष संपर्क में आती है और अनेक प्रकार के बाह्य घटकों का प्रतिरोध कर सकती है। यह सूक्ष्म, अनाभिकीत, शृंगीभूत व लमड़ी कोशिकाओं से बनी होती है। वे एक-दूसरी के साथ मजबूती से जुड़ी होती हैं और एक शृंगी द्रव्य (केराटिन, keratin) से भरी होती है, जिसकी रासायनिक संरचना अभी तक पूरी तरह निर्धारित नहीं हुई है। माना जाता है कि यह कोई अल्ब्यूनोइड (albumoid) द्रव्य है, जिसमें पानी कम और गंधक अधिक होता है, इसमें बसाए ओर पोलीसाखारीद भी पाये जाते हैं।

शृंगी परत का बाहरी भाग कम घना होता है, उसके मुख्य भाग से कभी-कभी और कहीं-कहीं पतली परत-सी अलग होती रहती है। इस प्रक्रिया को शरीरलोचनी विशल्कन (desquamation) कहते हैं। शृंगी परत की मोटाई चर्म में सर्वत्र समान नहीं है, वह हथेली व तलवे पर विशेष मोटी होती है और पलकों तथा बाह्य पुरुष-जनेद्रिय पर बहुत पतली होती है।

चर्म में रक्तापूर्ति

चर्म-ऊतकों में रक्त की आपूर्ति रक्तवाही कुभियों के कई जालों के सहारे होती है। बड़ी धमनीय कुभियां पट्टिका से अधोचर्म बसा में फैलती हैं और नन्ही शाखाओं के बटकर चर्बिल लुडिकाओं तक पहुंचती हैं। सुचर्म और अवचर्म की सीमा पर वे ऐसी शाखाओं में बंटकर क्षैतिज रूप से फैलती हैं, जो पुनः उन्हें आपस में मिलाती हैं (anastomose—दो कुभियों, नलियों का आपस में शाखाओं द्वारा मिलना, शाख-संगम)। चर्म में गहरा धमनीय गुंफ (जाला, बुनावट, plexus) उत्पन्न होता है, जिससे निकली हुई शाखाएं स्वेद-ग्रंथियों की कुडलियों, लोमकूपों और चर्बिल लुडिकाओं का पोषण करती हैं। इसके अतिरिक्त, गहरी धमनीय गुंफ से पर्याप्त बड़ी धमनिया भी फूटती हैं, जो अवपिटिकामय (subpapillary) परत में पहुंचती हैं और वहां सतही अवपिटिकामय धमनीय गुंफ बुननी हैं। इससे निकलने वाली नन्ही धमनीय शाखाएं पेशियों, वृषाल ग्रंथियों, स्वेद-ग्रंथियों और लोमकूपों का पोषण करती हैं।

अवपिटिकामय गुंफ से ऐसी भी नन्ही धमनिया निकलती हैं, जो आपस में नहीं मिलती हैं (और इसीलिए वे अन्त्य धमनिया कहलाती हैं), ये कुछ दूर तक अधिचर्म के समानांतर जाकर कोशिकाओं (capillaries) में परिणत हो जाती हैं,

जी पिटिकाओं में पहुँचकर नन्हें पाश बनानी है। ये पाश क्रमशः शिरीय केशिकाओं के पाशों में परिणत हो जाते हैं। शिरीय केशिकाएँ धमनीय केशिकाओं में कम चाँदी होती हैं।

पिटिकाओं, बपाल ग्रंथियों, स्त्रंद-ग्रंथियों की निकल-नलियाँ, नामकपो और पेशियों में निकलकर शिरीय केशिकाएँ आपस में मिलती जाती हैं और प्रथम सतही अर्वापिटिकामय शिरीय गुंफ तैयार करती हैं। अधोनाम्य पन्ना तक के क्षेत्र में वार शिरीय गुंफ हैं। चौथे गुंफ से निकली शिराएँ अधचर्म से गुजरती हैं और अधोचर्म (चर्म में नीचे की) शिराओं से मिल जाती हैं।

अधिचर्म में रक्तकुभियाँ (blood vessels) नहीं होती।

रक्तकुभियों का सबसे शक्तिशाली जाल बहरे, हथेलियों, होंठों की चमड़ी में और गुदा के गिर्द चर्म में होता है।

चर्मरोगी का परीक्षण

चर्म रोग से ग्रस्त व्यक्ति के परीक्षण की रीति किसी अन्य (जैसे आँखों की रोगी के परीक्षण की रीति में भिन्न होती है, उसकी अपनी विशेषताएँ होती हैं। चर्मलोचक अपने रोगी से पूछता है कि उसे क्या शिकायत है और उस आयु में सलाह की आवश्यकता क्यों पड़ी है। यदि रोगी बताता है कि उसकी त्वचा या श्लोष्मला पर स्फोट (दाने) निकल आये हैं, तो डॉक्टर ग्रन्थ क्षेत्रों को दिखाने के लिये कहता है। इसीलिये चर्मलोचक के चिकित्सानुशीलन में (विशेषकर अनाचामी तन्पालय की परिस्थितियों में) परीक्षण करते वक़्त दृश्य-निरीक्षण को ही प्राथमिकता दी जाती है, रोगी के आयुरी इतिहास से संबंधित तथ्यों के संग्रह, उसकी आयु और जीविका के विश्लेषण को बाद में महत्त्व दिया जाता है। इसका रहस्य क्या है।

यह चर्मलोचन का क-ख है, जिसकी सहायता से रोगी के चर्म पर निदान को पढ़ा जा सकता है। जब कोई चर्मक्लेश स्पष्ट रूप से अभिव्यक्त रहता है और किसी अतिग्रन्थ परीक्षण-रीति की आवश्यकता नहीं रह जाती, तब डॉक्टर निदान करता है। लेकिन इसके बाद भी वह आयुरी इतिहास के तथ्य संग्रह करता रहता है, जिससे उसे रोगी के जीवन और कार्य की परिस्थितियों के विषय में जानकारी मिलती है; वह रोगी के आंतर अंगों व नर्वतंत्र की अवस्था तथा अन्य तथ्यों का भी अध्ययन करता है। इन बातों से उसे विवेकसंगत चिकित्सा सुझाने और रोग-पुनरुत्थान के विरुद्ध कदम उठाने में सहायता मिलती है। डॉक्टर जितना ही सक्षम होगा, जितना ही समृद्ध उसका तल्पिक अनुभव होगा, जितनी ही उसकी दृश्य-स्मृति विकसित होगी, उतनी ही सरलता के साथ वह स्फोट की प्रकृति

(रूपलोचनी क्षतियों का रूप, शरीर पर उनका वितरण, स्थिति, आकृति, परिरेखा परिसर, सतह, उनके सबध, उनके घनापन आदि) के आधार पर रोग का निदान कर सकेगा। विशिष्ट प्रवाह वाले सभी चर्मक्लेशों के तल्पिक चित्रों की सूची यह देना संभव नहीं है, अतः हम लोग उदाहरण के लिये सिर्फ कुछेक चर्म एवं रक्त रोगों के नाम बताएंगे, जिनका तल्पिक निदान उनकी बाह्य अभिव्यक्ति मात्र से ही अपेक्षाकृत सरल हो जाता है।

फुत्सी, कोलफुत्सी, स्वेदग्रथिशोथ, सामान्य एक्थीमा, बहुरंगी वुसन, ललौंसी, पाद-कीट (tinea pedis), वलय-कृमि, मोमिता का शल्की रूप, बुदबुदियानुमा शैवाक, कटिबधक विसर्प, ललामक्लेश, कठचर्मता, दिनाई, पित्ती, खजूक्लेश, चौरस शैवाक, कठव्रण, द्वितीयक सीफीलिसी अवधि का विस्तृत कडार्ब आदि अनेक चर्म रोग हैं, जिनका प्रवाह 'क्लासिकल' रूप में होता है, इनका निदान अनुभवशील डॉक्टर सरलतापूर्वक कर सकता है। फिर भी कुछ स्थितियों में दृश्य-निदान कठिन होता है, क्योंकि अनेक चर्मक्लेशों में रूपलोचनी समानताएँ दृष्टिगोचर होती हैं और 'क्लासिकल' चर्मक्लेशों के तल्पिक चित्र तथा प्रवाह में भी अक्सर ऐसे लक्षण अवलोकित होते हैं, जो उनके लिये विशिष्ट नहीं होते (अविशिष्ट लक्षण, atypical features)। ऐसी स्थितियों में, जब स्फोट के रूप से और यहाँ तक कि अन्य सहायक परीक्षण-विधियों (परिस्पर्शन, पारदर्शन, स्फोटित क्षति के खुरचन आदि) से भी निदान में सफलता नहीं मिलती, तब डॉक्टर को रोगी का आयु-वृत्त अधिक सविस्तार जमा करना चाहिए और उसकी शिकायतों को अधिक स्पष्ट करना चाहिए। आवश्यकतानुसार उसे आंतर अंगों और नर्वतंत्र का परीक्षण करना चाहिए (जरूरत पड़ने पर अन्य विशेषज्ञों के साथ मिलकर, रक्त व मूत्र का रूपलोचनी अवयवानुपात निर्धारित करने के लिए परीक्षण करना चाहिए तथा अन्य सामान्य एवं विशेष चर्मलोचनी परीक्षण करने चाहिए जैसे विओप्टिक सामग्रियों का गदोतलोचनी परीक्षण, कवको की उपस्थिति की जाँच, त्रेपोनेमा पालीदुम, गोनोकोकस, मीकोबाक्टेरियम तुवेरकुलोसिस, मीकोबाक्टेरियम लेप्रे तथा कटल्यक कोशिकाओं की जाँच, सीरमलोचनी रक्त-परीक्षण, इमूनोपरोजिक परीक्षण आदि) ताकि निर्णायक निदान किया जा सके और रोग की हेतुलोचनी व गदजनक विशेषताएँ निर्धारित की जा सकें।

नीचे एक चर्मलोचनी रोगी के परीक्षणों का आरेख प्रस्तुत किया जा रहा है।

चर्म रोग के निदान में सावधानीपूर्वक संहित आयु-वृत्त (medical history) का महत्त्व बहुत अधिक है। उदाहरणार्थ, यदि किसी वृत्तिज रोग की आशंका हो, तो रोगी के काम की प्रकृति का ज्ञान होना आवश्यक है—बूचड़खाने तथा खाद्य-संरक्षक कारखाने में काम करने वालों को अक्सर चर्मशोणवन्ता होती है,

औषधज स्फोट की शका होने पर रोगवृत्त और भी अधिक महत्त्वपूर्ण हो जाता है—रोगी ही बताता है कि किसी नियत दवा को मुँह (या किसी अन्य तर्गके) से ग्रहण करने पर स्फोट पुनः प्रकट हो जाते हैं। यदि उसने इस तरह के सबध अवलोकित नहीं किये हैं, तो भी स्फोट की औषधजता को एकदम से नकारा नहीं जा सकता। सावधानीपूर्वक सगृहीत आयुर्वृत्त से स्पष्ट किया जा सकता है कि स्फोट तभी पुनरावर्तित होता है, जब रोगी चौकलेट, स्ट्राबेरी, चिगट (lobster) या कोई फल खाता है, जो इनके प्रति अति संवेदनशील व्यक्तियों में चर्मगर्णता, पित्ती आदि सप्रेरित करता है। यदि परोक्षण के समय रोगी के यक्ष्मा, सीफीलिस आदि रोगो, यकृत, जठरांत्र-मार्ग व रक्त की बीमारियों अथवा नर्वतंत्र अंतर्स्वावी

ग्रन्थों की गड़बड़ियों का वृत्तांत ज्ञात हो या यह पता हो कि रोगी इनमें से किसी बीमारी से ग्रस्त है, तो निदान में सहायता मिलती है।

रोगी से पूछताछ करने पर कभी-कभी रोग की खानदानी प्रकृति स्पष्ट होती है, जिसके आधार पर खाज, चर्मकवकता, आनुवंशिक व जन्मजात चर्मक्लेशों (शृङ्गीक्लेशों के कतिपय रूपों, डारिया रोग आदि) का निदान किया जा सकता है। खुजली की उपस्थिति (या अनुपस्थिति), तीव्रता, स्थल तथा उग्रता-काल (दिन में या रात में उग्र होता है ?) से सबधित सूचनाएँ भी प्राप्त की जाती हैं।

यह भी ध्यान में रखना चाहिए कि कुछ रोग सिर्फ पुरुषों या सिर्फ स्त्रियों को होते हैं। उदाहरणार्थ, पर्विका-कड़ु, चिरकालिक लोमटृणत्व, क्रमिक कठचर्मता और पार्श्विक ललामी ज्यादातर स्त्रियों में पायी जाती है, जबकि गुड्डल नाक, गुल्मवत मुहासा आदि अक्सर पुरुषों को होते हैं।

स्वाभाविकतः आयु-वृत्त में निम्न विषयों से सबधित विल्कुल सही सूचनाएँ सन्निहित होनी चाहिए—रोग के प्रथम (वाह्य) लक्षण कब प्रकट हुए, उनका स्थान व जीवन-काल, उनमें कैसे-कैसे परिवर्तन हुए हैं (प्रक्रिया की प्रकृति), बारंबारता, पुनरावर्तन और उपशमन (शैथिल्य या विमोचन) की अवधि (यदि ऐसा होता है), भोजन (पथ्य) और विगत चिकित्सा पर स्फोट की निर्भरता, चिकित्सा का कारगरता (effectiveness)।

चर्मलोचनी रोगी से रोगवृत्त से सबधित जीवन-वृत्त की पूछताछ वैसी ही होती है, जैसी आंतर रोगों के तत्पालय में।

रोगी के परीक्षण में अगला कदम है—उसकी सामान्य अवस्था और अलग-अलग अंगों व शरीर तंत्रों (body systems) की अवस्था का वर्णन।

बच्चों और बड़ों की चिकित्सा के लिये भौतिकीय विधियाँ

चमरोगों की चिकित्सा में भौतिकीय विधियों का विस्तृत उपयोग है। उनका प्रभाव भौतिकीय कारक के उपयोग-स्थल द्वारा निर्धारित होता है, इसके अतिरिक्त इसे खुराक-बधित उपयोग का पूरे शरीर के कार्य पर नियामक प्रभाव पड़ता है (यह प्रथम एवं द्वितीय सिगनल-तंत्र पर प्रतिवर्त-प्रक्रिया द्वारा अभिक्रिया करता है)।

प्रयुक्त भौतिकीय कारक का प्रभाव रोगी को समझा देने पर रोगी के द्वितीय सिगनल-तंत्र पर इसका विशेष अच्छा प्रभाव पड़ता है।

भौतिकीय घटक (प्राकृतिक और कृत्रिम) नियत परिस्थितियों और उचित खुराक में प्रयुक्त करने पर वे कोशिका-पोषण को सही करते हैं या शरीर के कार्यों

को उदापित करत २

वैद्युत् थेरापी

चर्मलोचक के चिकित्सानुशानन में स्थिर धारा प्रयुक्त की जाती है। धारा का इस उपयोग होता है। गैल्वेनी और डायोडनामिक धारा का प्रयोग होता है, जो कि डायथर्मि और पराउच्च-आवृत्तिक धारा प्रत्यावर्ती होती है।

गैल्वेनी धारा (Galvanic current, galvanosis) का उपयोग चर्मलोचन में चर्म के पार दवा भेजने के लिये होता है (आयनोटोफोरेसिस या गैल्वेनी आयनन, एलेक्ट्रोफोरेसिस—'विद्युत् से प्रवहन') या स्थिर धारा (विद्युच्चिकित्सा) में प्लेगम के लाल तप्त द्वारा ऊतक के प्रदाहन के लिये होता है।

विद्युत्प्रवहन शरीर में विभिन्न आयनों का प्रवेश सम्भव बनाना है, ये आयन निम्न हो सकते हैं—धातु के, क्षारवत्तों के, जैव नीचायन (कैटायन) एवं उच्चायन (ऐनायन), धातुवत्तों के, अम्लीय मूल के आदि।

चर्मलोचनी प्रैक्टिस में अक्सर प्रयुक्त कारक निम्न हैं—कैल्सियम कार्बोडाइड का 0.5-2.0 प्रतिशतीय घोल (स्पष्ट शोथी प्रतिक्रिया और खुद की सफाई परोजिक चर्मक्लेशों में), मैग्नेशियम सल्फेट का 2.0-3.0 प्रतिशत घोल (क्षीलक की चिकित्सा और नर्वतंत्र पर शान्तिदायक प्रभाव के लिये), पोटेशियम या सोडियम आयोडाइड का 0.5-1.0 प्रतिशत घोल (गुल्मवत्त क्षतांक तथा चिरकालिक शोथ-केन्द्र दूर करने के लिये), सोडियम ब्रोमाइड का 2 प्रतिशत घोल (कर्टियधक विसर्प तथा पीड़ाजनक शोथी-प्रक्रियाओं को दूर करने के लिये), इड्रामांल का जल में 1.0 प्रतिशत घोल (चिरकालिक अतस्यदन को शीघ्र विलीन करने के लिये), कॉपर सल्फेट का 1.0 प्रतिशत घोल (फुंसीक्लेश की चिकित्सा के लिये), जिंक सल्फेट का 1.0-2.0 प्रति प्रतिशत घोल (सामान्य मुहासा, फुंसीक्लेश, स्ताफीलोकोक-जनित लोमकूपशोथ, लाइलाज व्रणसतह में)।

डायोडिनामिक धारा भी एक स्थिर विद्युत् धारा है; यह एक सॉफ्ट निम्नावृत्तिक ज्यावत धारा है। इस धारा को उत्पन्न करने वाला उपकरण 'डायोडिनामिक' कहलाता है। चर्मलोचन में इसका उपयोग सिर्फ पीडा-शमन और प्रतिकंडुक प्रभाव के लिये होता है (प्रतिवर्त के सहारे)।

डायथर्मि (पारोष्मन) प्रत्यावर्ती धारा से संबंधित है, जिसकी ध्रुवीयता प्रति सेकेंड 3000000 बार बदलती है। विद्यु-चिनगारी वाले डायथर्मि उपकरण अब प्रयुक्त नहीं होते, उनकी जगह लैपयुक्त डायथर्मि का उपयोग होता है। इस धारा का उपयोग स्थानीय तौर पर गहरे ऊतकों को गर्म करने के लिये होता है (एक्स-र या तुपारण से उत्पन्न व्रण, क्षतांक, सीमित कठचर्मता-अधिकेन्द्र में) और प्रतिवर्त

द्वारा भी, जिम खंडीय डायथर्मी के नाम से जाना जाता है (रिनाउड रोग, वसरित कठचर्मता, तलवों और हथेली से अतिस्वेदन आदि में)। सीसे के प्लेटों से बने विद्युत् (electrode) सीधे त्वचा पर लगाये जाते हैं, क्योंकि इस धारा से विद्यु-विश्लेषण नहीं होता और इमीनिये दग्ध भी नहीं होता। डायथर्मी ऊतकों में तापोत्पादन संप्रेरित करता है। चर्मलोचन में डायथर्मीकोएगुलेशन (पारोष्मस्कंदन) या कारोजिक पारोष्मन के उपयोग से ऊतक का नाश प्रोटीन-स्कंदन के फलस्वरूप होता है। सक्रिय विद्युत् की काजकर मतलब बहुत छोटी होती है, जैसे सुई की नोक, गुलिका, नन्हे पाश आदि के रूप में। पारोष्मस्कंदन का उपयोग निम्न को नष्ट करने में होता है—कीलक, पिटिकार्ब, चर्मरेशार्ब, कुभिक तिल, दूरकुभी-विस्फारण। इसका उपयोग मुहासा की चिकित्सा और गोदना दूर करने में भी होता है; अतिलोम में निर्लोमन के लिये भी।

परावृत्तिक धारा (ultrahigh-frequency current, UHF) 1 से 30 करोड़ प्रति सेकेंड आवर्तन वाली प्रत्यावर्ती धारा को कहते हैं; यह विद्युच्चुंबकीय क्षेत्र उत्पन्न करता है। परावृत्तिक धारा का स्रोत (अर्थात् पराल्प तरंगों का जनित्र) सिद्धांततः डायथर्मी-उपकरण जैसा होता है। विद्युत् के रूप में विभिन्न परिमाणों तथा आकृतियों के प्लेट प्रयुक्त होते हैं। विद्युत् त्वचा से जितना ही दूर होते हैं, परावृत्तिक धारा का असर उतना ही गहरा होता है। चर्मलोचन में विद्युत् प्लेट को रोगी चर्म-क्षेत्र के निकट ही रखा जाता है क्योंकि चर्म पर प्रभाव डालना होता है (रोमकूपशोथ, फुंसी, कोलफुंसी, पूयता आदि में)। उपयोग-सूत्र—5 से 10 मिनट।

एक्स-रे और बुक्की-किरणें (Bucky's rays) कुछ समय पहले चर्मलोचन में एक्स-किरणों का विस्तृत उपयोग था, क्योंकि उनकी अभिक्रिया प्रतिशोथी, प्रतिकडुक और विलयकारी होती है। ये निम्न रोगों की चिकित्सा में प्रलिखित होती हैं—नार्बचर्मशोथ, चौरस शौवाक, दिनाइ, सामान्य एव कैशोर मुहासे, नाक पर लाल कणों की उत्पत्ति, कॉंग्लोवाटा मुहासा, स्वेदग्रथिशोथ, खर्जुक्लेश, गुल्मवत क्षताक, उपकनार्ब आदि। फिर भी अनुभव बताते हैं कि शोथी चर्मक्लेशों पर एक्स-किरणों से चिकित्सा का प्रभाव अधिक स्थायी और दीर्घकालीन होता है, जबकि अन्य रोग चिकित्सा का प्रतिरोध करते हैं। अन्य रोगों की स्थिति में एक्स-किरणों से चिकित्सा के असफल होने पर इलाज में परिवर्तन से कोई लाभ नहीं होता; अन्य चिकित्सा-रीतियाँ भी अकारगर सिद्ध हो जाती हैं। इसके अतिरिक्त, एक्स-किरणों से विभिन्न जटिलताएँ भी उत्पन्न हो सकती हैं (एक्स-रे-जनित चर्मशोथ, चर्म-कुपोषणता, व्रणन, कभी-कभी दुर्दम अवजनन भी)। इन कारणों से अब चर्मलोचन में एक्स-किरणों का उपयोग नौवर्धों (new growths) तथा उन चर्मक्लेशों की चिकित्सा तक ही सीमित रह गया है जो अन्य रीतियों से ठीक नहीं होते।

अब मध्यम (बुक्की की) किरणों का उपयोग सीमांत रोगों, जिनमें मध्यम परिसीमित नार्वचर्मशोथ (वाइडल का विस्फारिक सामान्य शोथ), विस्फारिक दिनाइ, गुल्मवत क्षताका आदि में।

हाल ही में पे के चिरक्रान्तिक उपयोग प्रण को निम्नलिखित मध्यम के उपयोग का परीक्षण किया गया है।

परास्वनिक चिकित्सा—परास्वनिक तापान, गर्मी, भाग्यकाय तथा रासायनिक प्रभाव डालती हैं। इनका उपयोग प्रत्यक्ष (त्वचा, गर्शयो, संधियों पर) या अप्रत्यक्ष (मेरु पथों, अनुकपी नर्वकवधों आदि पर) होता है। चर्मलान्घन में परास्वनिको का प्रत्यक्ष स्थानिक उपयोग स्वेदग्राथशोध, स्थानावद्ध खजनों, परास्वनिक नार्वचर्मशोथ, खजुक सधिगेग तथा कुपोषज व्रणों को चिकित्सा में होता है। आशिक अप्रत्यक्ष उपयोग निम्न रोगों में सुसंकलित है—चिरक्रान्तिक पुनरावर्ती पित्ती, हर तरह की खजलियां, विसरित नार्वचर्मशोथ, विसरित चर्मरुग्ता परास्वनिक से औषधो (विटामिन ए, हाइड्रोकोर्टीजोन डमन्शन आदि) का आधान स्वनप्रदान कहलाता है। इस तरह की चिकित्सा हथेलियों और तलों के खजुवनेश, नार्वचर्मशोथ के परिसीमित रूपों तथा अतीव्र चरण पर स्थानावद्ध दिनाइ में लाभकर होती है।

प्रकाश-चिकित्सा—इसमें मुख्यतः सौर स्पेक्ट्रम की लघुतरंगी किरणों का उपयोग होता है (सौर-चिकित्सा), कृत्रिम प्रकाश यंत्रों में उत्सर्जित किरणों, विशेषकर पराबैगनी किरणों का उपयोग फोटो-चिकित्सा कहलाता है।

सौर-चिकित्सा—सूर्य की किरणी ऊर्जा में पराबैगनी किरणों का स्पेक्ट्रम भी आता है, जो शरीर में जीवरासायनिक प्रक्रियाओं को प्रोत्साहित करता है। लेकिन यह भी ध्यान में रखना चाहिये कि पराबैगनी किरणें डेनू अम्ल (DNA) का सश्लेषण दमित करके ऊतकों का लसीकीय कार्य दमित कर देती हैं। सौर किरणों ऊर्जा के अन्य अवयव, जैसे अवरक्त एवं दृश्य किरणें शरीर को पराबैगनी किरणों के प्रति संवेदनशील बनाती हैं, जिससे शरीर पर उसका प्रभाव बढ़ जाता है। चिकित्सा के लिये सूर्य-स्नान (सूर्यातपन) की अनेक रीतियां हैं, जो सौर-चिकित्सा प्रलिखित करने के उद्देश्य, चर्म में रोग-प्रक्रियाओं की तीव्रता तथा रोगी की सामान्य अवस्था पर निर्भर करती हैं।

पराबैगनी किरणों की अभिक्रिया बहुविध है—केंद्रीय एवं पनपू नर्व-तंत्रों पर लाभप्रद प्रभाव; पीडाशामक, प्रतिकंडुक एवं बैक्टेरियानाशक प्रभाव, बालों का वर्धन; वषा एवं स्वेद के स्राव को प्रोत्साहन। इसीलिये चर्मलोचन में ये किरणें बहुमूल्य मानी जाती हैं। सौर चिकित्सा सावर्दहिक विकिरण के रूप में अक्सर निम्न रोगों में प्रयुक्त होती है—फुसीक्लेश, एक्सीमा, खजुक्लेश (स्थावर एवं अवरोही चरणों पर) वषासावी एवं जीवाणुक दिनाइ और नार्वचर्मशोथ में

फोटो-चिकित्सा—चर्मलोचन में इसका उपयोग मुख्यतः कृत्रिम परावैगनी किरणों से होता है, जो वाख, क्रोमेयर, फीन्सेन द्वारा निर्मित पारद-वाष्प से युक्त लेपों से प्राप्त होती है। पहले जैवखुराक अर्थात् परावैगनी किरणों के प्रति व्यापक सवेदिता की अवर्माणा (निम्नतम मात्रा) निर्धारित की जाती है। जैवखुराक निश्चित दूरी पर स्थित लेप द्वारा ललामी उत्पन्न होने के समय (मिनटों) की इकाइयों में नापी जाती है। इस समय में परावैगनी किरणों की जो मात्रा प्राप्त होती है (ललामी उत्पन्न करने के लिये), उसे ललामिक खुराक कहते हैं। भिन्न चर्मरोगों में त्वचा के भिन्न क्षेत्रों के विकिरणन के लिये जैवखुराक की संख्या भिन्न होती है।

वाख के लेप से विकिरण का उपयोग मुहासे और चर्मशोणवत्ता में होता है—एक दिन बीच देकर एक ललामिक खुराक; शीतशोथ में उपललामिक खुराक प्रतिदिन, चर्मशोण में जैवखुराक की 7-8 गुनी मात्रा। क्रोमेयर-लेप का उपयोग निम्न रोगों में होता है—खोंतेदार खल्वाटता, गुल्मवत क्षताक, चर्म-यक्ष्मा।

सामूहिक विकिरणन के लिये भी स्थावर एवं सुवाह्य लैपों का विस्तृत उपयोग होता है। स्थानिक फोटो-चिकित्सा के लिये निम्न लक्षणों को ध्यान में रखना चाहिए (इनका सिर्फ शैक्षणिक महत्त्व है)—(1) जब रूपलोचनी परिवर्तन ललामी, वास्तिका या बुल्ला के रूप में उत्पन्न होते हैं (पिप्ती, दिनाड के कुछ रूपों तथा बहुरूप रिसालु ललामी में); चिकित्सा जैवखुराक की चौथाई या इससे भी कम मात्रा से शुरू करनी चाहिए—600 वर्ग सेटीमीटर विस्तृत त्वचा के विकिरणन से। विकिरणन नित्य किया जाता है और हर दो-तीन सत्र बाद चौथाई जैवखुराक बढ़ा दी जाती है; कुल दैनिक खुराक 2 से 2.5 जैवखुराक तक बढ़ायी जा सकती है, विकिरण की कुल संख्या 15 से 20 तक हो सकती है। (2) स्थावर चरण पर पिटकीय क्षतियों वाले रोगों (चौरस शैवाक खर्जुक्लेश, परिसीमित नार्वचर्मशोथ) में विकिरणन 1.5-3-5 जैवखुराक से शुरू किया जाता है, 100 वर्ग सेटीमीटर विस्तृत त्वचा से। विकिरणन हर दो से पांच दिन पर दोहराया जाता है (जब पूर्ववर्ती विकिरणन की प्रतिक्रिया दूर हो जाती है), हर अगले विकिरणन में 1.5-3 से 7-8 तक जैवखुराक जोड़ी जाती है; कुल विकिरणन-संख्या 10 से 15 बार तक। (3) गठिक स्फोटो (tubercular eruption) में (जैसे चर्म-यक्ष्मा, लेइशमैनता आदि के स्थावर चरण पर) पैठन-केन्द्र पर फीन्सेन या क्रोमेयर के फिल्टर-युक्त लैप से तीव्र विकिरण (15-25 ललामिक खुराक तक) प्रलिखित किया जाता है।

सौर एवं कृत्रिमप्रकाशीय चिकित्सा निम्न रोगों में प्रतिसंकेतित है—ललामक्लेशिक वृका (दागी), फोटोचर्मक्लेश, वर्णकीय चर्मशुष्कता, खलोआज्मा, औगिकाए अतिलोम।

सूयातपन निम्न रोग-स्थितियों में प्रांभकनित होता है—अनाटोमिक नत्र क तीव्र रोगों में, केंदीय नर्वतत्र के शरीरगत रोगों में, अपभार रक्त-रोगों, द्रव नौवर्धों, ढालगलता, मधुमेह, तीव्र नर्व द्रवता व पनपूज क्लेश (या पनपूज कुतान), फुफ्फुसी यक्ष्मा के आगेही रूप, प्रकाशमंडीकरण, दिनाट तथा नाचमशाथ के आगेही चरण, खर्जक्लेश के ग्रीष्म रूप में, दर्जन एवं कृष्णकाय लोभा के लिय भी प्रतिसकेतित है।

शीत-चिकित्सा—इसमें कार्बन-डाई-आक्साइड की वर्ष का उपयोग होता है। द्रव नाइट्रोजन से हिमित करने का भी उद्देश्य यही होता है। शीत-चिकित्सा की खुराक रोग-केद्र की सतह पर कार्बन-डाई-आक्साइड की वर्ष से अभिक्रिया करान के समय और सतह पर वर्ष लगाने के दाब की मात्रा द्वारा निर्धारित होती है। यथा दाब की माप आत्मगत है, इसीलिये वर्ष बिना किसी दाब के ही रखना चाहिए और खुराक की मात्रा सिर्फ समय द्वारा नापनी चाहिये। जिस गहराई तक अमाना (हिमित करना) हो, उसके अनुसार वर्ष का उपयोग-काल 5-10 सेकेंड से लेकर (जिससे रक्तातिरेक, कभी कभी शोफ और अपशल्हन होता है) 30-40 सेकेंड तक (जिससे घोर रक्तातिरेक, शोफ, बुल्ला, खट्की उत्पन्न होती है) और यथा तक कि 1-2 मिनट भी हो सकता है (जिससे ऊतक की मृत्यु हो जाती है)। शीत-चिकित्सा की खुराक रोग-प्रक्रिया के तल्पिक चित्र के आधार पर ही नहीं, दंत क्षेत्र की अनाटोमिक-स्थलिक विशेषताओं के अनुसार भी निश्चित की जाती है। गंगी को उम्र तथा अन्य घटकों को भी ध्यान में रखना पड़ता है।

ठोस कार्बन-डाई-आक्साइड (अर्थात् इसकी वर्ष) से निम्न रोगों की चिकित्सा होती है—चिरकालिक चकतीनुमा ललामिक वृका, वलयाकार कणार्ब, आंसे रोजामेआ (ance rosacea) परिसीमित नार्वचमंशोथ, चौरस शैवाक (अतिपोषित रूप), पर्विका-कंडु, कुभिकार्ब, कीलक (सामान्य या चौरस), वयज शृंगार्ब। यदि बच्चे की चिकित्सा में करोर्जिक डायथर्मी और शीत-चिकित्सा का विकल्प उठे, तो अंतिम को चुनना चाहिए, क्योंकि बच्चे इसे कहीं अधिक सरलता से सहन कर लेते हैं (चौरस एवं सामान्य कीलक, कुभिक तिल, वलयाकार कणार्ब आदि में)।

क्षतियों पर स्थानिक प्रभाव डालने की रीति के रूप में शीत-चिकित्सा निम्न परिस्थितियों में प्रतिसकेतित है—चकतीनुमा और प्रकीर्णित ललामिक वृका के विसरित रूपों तथा ललामिक वृका के तीव्र रूप में।

प्राकृतिक घटकों से चिकित्सा

प्राकृतिक-चिकित्सा में रोगी के शरीर पर एक साथ कई घटकों से अभिक्रिया

करायी जाती है निम्न प्रमुख हैं। किसी स्थान विशेष की जलवायवी परिस्थितियाँ खनिज जल-स्रोत, कीचड़, समुद्रजल, नदियों के मृहाने आदि। संवियत मघ में स्वास्थ्य की दृष्टि में ऐसे लाभप्रद स्थानों पर विशेष निरोगालय और विश्राम-गृह निर्मित किये गये हैं, जहाँ रोगी पर चिकित्सा के कई उपाय एक साथ सकुल में लागू किये जा सकते हैं। यहाँ चर्मक्लेश की प्रकृति के अनुसार प्राकृतिक घटकों के अतिरिक्त अन्य आंतरिक एवं बाह्य औषधप्रधान चिकित्साएँ भी सुलभ करायी जाती हैं, जिससे कम समय में अधिक फायदा होता है। प्राकृतिक चिकित्सा से रोग-शमन की अवधि बढ़ जाती है और पुनरावृत्ति की संख्या कम हो जाती है।

चर्मक्लेशों के तीव्र चरण पर रोगियों को प्राकृतिक चिकित्सा के लिये नहीं भेजा जाता। रोगी (विशेषकर बच्चों) के शरीर पर प्राकृतिक एवं खनिज घटकों के प्रभाव बहुविध होते हैं, खासकर ऐसे, जो हार्मोनी एवं रसीय परिवर्तन उत्पन्न करते हैं, इसीलिये रोगी को चुनते वक्त उसके चर्म की अवस्था को ही नहीं, उसकी सामान्य शारीरिक अवस्था को भी देखना चाहिए। यह बात विशेषकर उन रोगियों पर लागू होती है, जिन्हें ग्रीष्म में दक्षिणी इलाकों के निरोगालयों में भेजा जाता है। तीन वर्ष से कम के बच्चों को प्राकृतिक निरोगालय भेजने की सलाह नहीं दी जाती; यदि आंतर अंगों के निचे कोई भी प्रतिसंकेत न हो, तब भी। तीन वर्ष से बड़े बच्चों का भेजने का निर्णय हल्कुभिक तंत्र एवं अन्य आंतर अंगों से संबंधित सूचनाओं के आधार पर लिया जाता है।

निम्न क्लेशों से ग्रस्त रोगियों की चिकित्सा निरोगालयों में सफलतापूर्वक हो जाती है—खर्जुक्लेश, दिनाइ, नार्चर्मशोथ, चौरस शैवाक, त्वचा पर खुजली, बच्चों व बड़ों में कंडु, कठचर्मता, पित्ती, मीनचर्मता, जन्मजात बुल्लेदार अधिचर्मलय चर्म-यक्ष्मा के चट रूप (सामान्य वृका, पिट्कोमृतिक गटिक्लेश, कठललामी) पैरो के व्रण आदि। प्राकृतिक निरोगालयों में इनका इलाज रोग की स्थावर या अवरोही अवस्थाओं में और उपशमन-काल में किया जाता है, जिससे पुनरावृत्ति बहुत देर बाद होती है या बिन्कुल नहीं होती।

वायु-स्नान और सौर-चिकित्सा

वायु-स्नान और सौर-चिकित्सा की लंबाई (समय) रोगी की उम्र और सामान्य अवस्था द्वारा निर्धारित की जाती है, इससे शरीर का कठोरन होता है (रोग प्रतिरोध की क्षमता बढ़ती है), पूरे शरीर और विशेषकर चर्म के इमूनोजैव गुण सुधर जाते हैं। ऐसी अभिक्रियाओं की प्रकृति बिन्कुल शरीरलोचनी होती है, इसीलिये ये किसी भी प्राकृतिक चिकित्सा के आवश्यक अंग हैं। इनका उपयोग विभिन्न जलवायवी परिस्थितियों के अधीन वसंत तथा ग्रीष्म ऋतु में संभव है



वायु-स्नान शुरू में 5-15-20 मिनट तक किया जाता है, फिर धीरे-धीरे इस अंतराल को 1 या 2 घंटे तक बढ़ाया जाता है। वायु-स्नान दिन में अलग-अलग समय पर किया जाता है, लेकिन नाश्ते या भोजन के बाद नहीं।

बच्चों के लिये वायु-स्नान 2 या 3 महीने की उम्र में प्रलिखित किया जाता है—शिशु को दिन में दो बार कुछ मिनटों के लिए नंग छोड़ दिया जाता है। इसका साथ-साथ बच्चों को व्यायाम भी कराया जा सकता है। मौसम और बच्चों की प्रतिक्रिया अनुकूल होने पर वायु-स्नान क्रमशः 20-60 मिनट तक बढ़ाया जा सकता है।

समुद्र-स्नान

समुद्र में स्नान से शरीर पर निम्न घटकों का मिला-जुला प्रभाव पड़ता है—जल में घुले लवणों व गैसों का, यांत्रिक क्षोभों का (जल के घनत्व, नन्ही तरंगों से कपन-मालिश आदि), धूप व समुद्री हवा का। समुद्री पानी में विभिन्न लवण 1 से 5 प्रतिशत तक की सांद्रता में घुले होते हैं, ये लवण निम्न आयनों के रूप में विघटित रहते हैं—सोडियम, कैल्शियम, क्लोरीन, मैग्नेशियम, ब्रोमीन, आयोडीन आदि के। चिकित्सा के लिये समुद्र-स्नान तभी प्रलिखित किया जाता है, जब पानी का तापक्रम कम-से-कम 18°C हो (बच्चों के लिये इसे 2 या 3°C ऊँचा ही रहना चाहिए)। रोगी शुरू-शुरू में 2-3 मिनट तक पानी में रहता है, फिर यह अवधि क्रमशः 10-15-20 मिनट तक बढ़ायी जाती है। चिरकालिक चर्मक्लेशों से ग्रस्त बच्चों को 3 वर्ष की उम्र के बाद ही समुद्र-स्नान प्रलिखित करना चाहिए। शुरू में कुछ बार उन्हें तभी नहाना चाहिए, जब पानी का तापक्रम $21-23^{\circ}\text{C}$ से कम न हो और वे उसमें 2 या 3 मिनट तक ठहर सकें। समुद्र-स्नान से चिकित्सा शुरू करने के पहले कुछ दिनों तक बच्चों को वायु-स्नान कराया जाता है और उसका शरीर समुद्री पानी से मला जाता है। उत्तरी (अधिक ठंडे) इलाकों से आये बच्चों के लिये एक अनुकूलन-अवधि की आवश्यकता पड़ती है।

समुद्र-स्नान निम्न स्थितियों में प्रतिसंकेतित होता है—यक्ष्मा की सक्रिय प्रावस्था, रूमेटिज्म, तीव्र खीरकठोरन, गुर्दों, जठरांत्र मार्ग एवं रक्त की बीमारियों, हृत्कृमिक एवं हृत्कलोमिक अपूर्णता के स्पष्ट लक्षणों आदि में।

गाह-चिकित्सा

गाह्य (स्नान-लायक) प्राकृतिक वस्तुओं में खनिज जल मुख्य उपचारक घटक है। भूगत जल के जितने भी ऐसे प्रकार हैं, जो—उन्हीं खनिज गैसों, अन्य खनिज द्रव्यों तथा सक्रिय चिकित्साकारक आर्थनों के कारण उपचारक गुण रखते हैं,

थैराप्यिक खनिज जल कहलाते हैं।

आधुनिक वर्गीकरण के अनुसार खनिज जल के मान मापक प्रकार हैं— (1) किन्ही विशेष अवयवों तथा गुणों से होकर जल; (2) कार्बोनेट जल; (3) गंधक-युक्त, (4) लोहा, सखिया आदि से युक्त; (5) सोडियम, आर्सेनिक से युक्त तथा अन्य गुणों से समृद्ध, (6) गर्मचर्मक्रीय स्थान से युक्त; (7) मिनरल जल भी। इस वर्गीकरण में खनिज जल के भौतिकीय व रासायनिक गुणों और शरीर पर उसके प्रभावों को मिलाने की कोशिश की गयी है।

तापक्रम के अनुसार खनिज जल ठंडा, गुनगुना या गर्म होता है।

गंधक (हाइड्रोजन सल्फाइड), रेडोन से युक्त जल, कार्बोनेट खनिज जल तथा सिलिकन धर्म से युक्त जल का चर्मलोचन में विस्तृत उपयोग है।

कार्बोनेट (कार्बन-डाई-आक्साइड से युक्त) जल में शरीर दुबकाकर रखना (गाहन) उन चर्मक्लेशों में लाभकर होता है, जिनमें तीव्र शोथ नहीं होना (जैसे सुप्तावस्था में खर्जुक्लेश और नार्चर्मशोथ, चिरकानिक दिनाइ, कंडू आदि में) और जो स्थायी श्वेत या हल्की लाल चर्मग्राफी से लच्छित होते हैं। इसका प्रतिस्पर्धक है—हृत्पंशी का इन्फार्क्ट, नृक्कशोथ, गुर्दक्लेश।

हाइड्रोजन सल्फाइड से युक्त जल में गाहन 5-10 मिनट तक एक घंटे या दो-दो दिनों के अंतराल पर किया जाता है। इसमें स्वतंत्र हाइड्रोजन सल्फाइड का सांद्रता 30-40 से 100-150 ml/l तक हो सकती है। इसमें गाहन निम्न स्थावर या अवरोधी चर्मक्लेशों के लिये सुसंकेतित है—दिनाइ, खर्जुक्लेश, नार्चर्मशोथ, कठचर्मता, चौरस शैवाक, पित्ती, मीनचर्मता आदि। प्रतिसर्पक व हाँस, जो सभी प्राकृतिक चिकित्सा के लिये होते हैं; इनके अतिरिक्त निम्न प्रतिसंकेत भी हैं—कूर्वात्मक (फुफ्फुसी) यक्ष्मा, यक्ष्म तथा गुर्दों की बीमारियाँ, ढालग्रस्तता।

हाइड्रोजन सल्फाइड से युक्त गर्म जल में हाथों और पैरों का गाहन स्थानिक गाहन-विधि है। बैठकर गाहन या आगेही फुहार में स्नान मूलाधार या पृष्ठद्वार में दिनाइ की चिकित्सा के लिये प्रयुक्त होता है, सल्फर या वीच्य (vichy) से युक्त जल की फुहार में स्नान की सलाह खर्जुक्लेश तथा कठचर्मता के स्थावर रूपों में दी जाती है; सल्फर-युक्त जल से शिरोवल्क तथा चेहरा धोना वपास्राव में लाभदायक होता है।

रेडोन से युक्त जल में गाहन का प्रभाव हाइड्रोजन सल्फाइड में गाहन की अपेक्षा अधिक नर्म होता है। इससे चर्म के शोथ-केंद्रों में हिस्टामिन, सेरेंटोनिन तथा ब्राडीकीनिन जैसे जीवलोचनी सक्रिया क्षोभक द्रव्यों के बनने की तीव्रता कम हो जाती है। स्थायी लाल विसरित चर्मग्राफी से लच्छित दिनाइ तथा पित्ती की स्थिति में रेडोन-स्नान चर्मगत कृभियों की बेधिता कम करके तथा साथ ही उन्हें

प्रकाशित करके गगन में तीव्र शायी प्रकाश का काम कर देता है। यह प्रणामः स्वच्छता, नावचर्मशोथ और कटु में भी लाभकर होता है। गाहन-काल 5 से 15 मिनट तक वाञ्छनीय है।

सांध्ययन समय में विशेष निरीक्षणालय बनाये गये हैं, जहाँ नार्वचर्मशोथ, दिनाड, कटु तथा हृदयमता से पीड़ित बच्चे चिकित्सार्थ भेजे जाते हैं। प्राकृतिक चिकित्सा में गंधक तथा सल्फर ड्रिप्स उन लोगों के लिये हानिकर (प्रतिसर्केतल) हैं, जो हृत्कुम्भिक तथा तथा अन्य आंतर अंगों की बीमारियों, चर्म के नौवर्धों तथा घमारुणता के शिकार हुए हैं।

सिलिकन-युक्त जल में गाहन गंडान-गाहन जैसा ही प्रभाव डालता है, क्योंकि उसमें खनिज लवण बहुत कम होते हैं और वह क्षोभ नहीं उत्पन्न करता। इमीनिय इसका उपयोग अनेक चर्मवर्णों के उग्र एवं प्रणामी होने के समय भी सम्भव है। इसके प्रतिसर्केत अन्य खनिज-चिकित्साओं जैसे ही हैं। गाहन बड़ों के लिये प्रतिदिन तथा बच्चों के लिये एक दिन बीच देकर वाञ्छनीय है। गाहन-काल 5 से 15-20 मिनट तक हो सकता है, चिकित्सा 15 से 20 बार में सप्ताह होती है।

पंक-चिकित्सा

सांध्ययन मंघ में करीब सौ निरीक्षणालय है, जिनमें लोगों की चिकित्सा रोगहर पंक से की जाती है। गाद (जैसे नदी का मुलायम पंक) और पास (शारीय एवं अम्लीय पास—जैव मूल के सड़ने से बने कीचड़) में भेद करना चाहिए; इनमें उपस्थित सक्रिय अवयवों (हाइड्रोजन सल्फाइड, लोहा आदि) का अनुपात भिन्न होता है।

रोगहर पंक को $40-44^{\circ}\text{C}$ तक गर्म करने पर उसमें स्पष्ट विलयकारी गुण आ जाते हैं। $35-37^{\circ}\text{C}$ तापक्रम पर पनपू नवों के नियमन और उद्दीपन का गुण व्यक्त होता है। खनिज जलों की तुलना में रोगहर पंक अधिक ताप-चालकता और कम ताप-ग्राहिता रखता है। पंक-चिकित्सा का उपयोग निम्न चर्मरोगों में किया जाता है—अतर्म्पदित परिसीमित अधिकेंद्रों वाले खर्जुक्लेश, सधार्तिक खर्जुक्लेश, परिसीमित एवं विसरित नार्वचर्मशोथ, विरकालिक घट्टा और शृगिक दिनाड, कठचर्मता के परिसीमित अधिकेंद्र और चौरस शैवाक के अतिपोषित रूपों में। पंक का उपयोग चर्म के नौवर्धों, रक्तरोगों तथा हृत्कुम्भिक अपूर्णता की स्थितियों में प्रतिसर्केतल है।

नफथालान तेल से चिकित्सा

नफथालान (naphthalan) तेल प्रतिशंथी प्रभाव डालता है और उपकला को

शीघ्र पनपता है। इस तेल में गाहन निम्न गंगा में मूल होता है। न्यूनतम शि, चिरकालिक दिनाद, नायचर्मशोध, कटु, व्रम-खजली गिनी, चागर अणक, कटुचर्मता और भीनचर्मता। गाहन-काल 5 से 15-20 मिनट तक में सकता है, तेल का तापक्रम $36-28^{\circ}\text{C}$ होना चाहिए, चिकित्सा 15 से 20 बार गाहन में प्रयुक्त होता है। सहनशीलता के अनुसार गाहन एक से तीन दिन के अंतरालों पर प्रयुक्त होता है। वसंत और ग्रीष्म ऋतु में जिन लोगों का दिनाई या खजुंस्तन उग्र रूप धारण करता है, उनके लिये यह गाहन उपयुक्त नहीं है। अन्य पतितकों मल्पर-युक्त जल में गाहन जैसे ही है।

पैराफिन एवं ओजोसेरीत से चिकित्सा

पिघले हुए पैराफिन का उपयोग गहरे अतर्ष्यट या क्षतांक को ताप द्वारा घुलाने में सहायता के लिये सीमित (ग्रस्त) न्यचा-क्षेत्र पर किया जाता है। यह सीमित क्षेत्रों तथा कुछ चर्मरोगों में ही प्रयुक्त होता है—उपेक्षित खजुंस्तन धब्बे, चोरस शैवाक के अतिशृंगिक रूपों, खातदार खल्वाटता, नायचर्मशोध और चिरकालिक दिनाई में अतर्ष्यदित परिसीमित धब्बे, उग्रता से अतर्ष्यदित सकटुक म्हासा आदि में।

ओजोसेरीत (ozocerite, mountain wax) सूक्ष्म क्रिस्टली वाले पैराफिन के उच्चश्यान एवं हल्के तेलों का मिश्रण है, जिसे भूगत गुफाओं और तेल परतों से प्राप्त किया जाता है। यह स्पष्ट अतर्ष्यदन, शैवाकीकरण और अतिशृंगन से लक्षित चर्मरोगों की चिकित्सा में प्रयुक्त होता है। अनुकूल थेरापिक गुणों, कम कीमत और प्रयोग-सरलता के कारण चर्मलोचन में ओजोसेरीत का विस्तृत उपयोग है। इसके अतिरिक्त, अल्प ताप-चालकता एवं उच्च ताप-ग्राहिता के कारण यह रेत, पांस या पैराफिन से अधिक कारगर है (इसमें ताप को रोककर रखने की क्षमता पैराफिन से लगभग दुगुनी है)। निरोगालयों में इसका उपयोग अन्य प्राकृतिक चिकित्सा-रीतियों के संकुल में होता है। इसका परिवहन सरल होने के कारण इसे किसी भी शहर या गांव में (निरोगालय से बाहर भी) बच्चों व बड़ों की चिकित्सा में प्रयुक्त किया जा सकता है। तापीय प्रभाव के अतिरिक्त ओजोसेरीत रासायनिक, भौतिकीय और जीवलोचनी प्रभाव भी डालता है; इसमें उपस्थित जीवलोचनी सक्रिय द्रव्य अवसवेदक, प्रतिकटुक तथा प्रतिशोथी प्रभाव डालते हैं।

ओजोसेरीत $45-60^{\circ}\text{C}$ तक गर्म किया जाता है और लेप या गजी की पुल्टिस के रूप में प्रयुक्त होता है। इसके सुसकेत पैराफिन की तरह ही है, प्रतिसकेत निम्न है।

फुंसी. फुंसीक्लेश

फुंसी की गणना चर्मपूयता के सामान्य रूपों में होती है। यह लोम-मशिका और उसके गिर्द के योजक ऊतकों में तीव्र स्ताफिलोकोकी पूयमृतिक शोथ को कहते हैं।

हेतुलोचन फुंसी का निमित्त कारण स्ताफिलोकोकस और उस (सुनहरे स्ताफिलोकोक) है; कभी-कभी स्ताफिलोकोकस आल्बुस (श्वेत स्ताफिलोकोक) भी कहते हैं।

गदजनन फुंसी स्वस्थ त्वचा पर उत्पन्न हो सकती है या पहले से ही उपस्थित सतही या गहरी स्ताफिलोचर्मता की क्लिष्टता (उसका उपद्रवी रूप) हो सकती है। इन जीवाणु-जातियों की गदजनकता और विषालुता के अतिरिक्त फुंसी तथा फुंसीक्लेश के विकास में बहिर्जनित एवं अंतर्जनित प्रवणकारी घटक भी बहुमूल्य भूमिका निभाते हैं। बहिर्जनित घटक निम्न हैं—धूल, कोयले या धातु के कण से त्वचा पर हल्की यांत्रिक क्षति, जो पैठन के लिये प्रवेश-द्वार का काम करती है, कपड़ों के साथ घर्षण (गरदन, पीठ और नितबों पर), जिससे स्ताफिलोकोको का प्रवेश सरल हो जाता है और साथ ही साप्रोफीत [साप्रोफीत (ग्री 'साप्रोस'—शब-गलन; 'फीतोस'—उद्भिज, वनस्पति, पादप; अतः हिंदी में—कुणपतृण) कुणप—शरीर में मत कोशिकाओं आदि से अपना पोषण करने वाले वनस्पति हैं।—अनु.] गदजनक रूप ग्रहण करने लगते हैं, नखून से खरोचें (दिनाड, नार्वचर्मशोथ व खाज में), मौसमी परिस्थितियाँ। वृत्ति तथा घरेलू घटकों में से उन बातों पर ध्यान देना चाहिए, जो अनेक लोगों में फुंसी-विकास की संभावना बनाती हैं। महत्त्वपूर्ण अंतर्जनित घटक निम्न हैं—शरीर का दुर्बल होना, शरीर में द्रव्य-विनिमय की गड़बड़ियाँ (मधुमेह, मोटापा या मेदुरता), जठरांत्र-रोग, अल्परक्तता, अविटामिनता, नार्विक एवं अतर्जावी तंत्रों के रोग, अल्कोहलता, शरीर का नियमित अतिशीतन या अतितापन आदि, जो शरीर की सामान्य इमूनोजीवलोचनी प्रतिकारिता को क्षीण कर देते हैं। फुंसिया अधिकांशतः वसंत और शरद ऋतु में होती है। यह रोग बच्चों की अपेक्षा बड़ों में और स्त्रियों की अपेक्षा पुरुषों में अधिक अवलोकित होता है।

अकेली फुंसी (एक ही फुंसी जो कई महीनों के बाद पुनः उत्पन्न हो जाती

है, पुनरावर्ती अकेली फुसी जो कभी-कभी दो सप्ताहों तक चले, दो-तीनों सप्ताहों तक पुनरावर्तित होनी है) और फुसी-सूजन (एक-दो सप्ताह तक फैला हुआ सूजन) का प्रयोग किया जाता है। निदान निर्धारित करने में रोगी के रक्त-तन्त्र में फुसी विद्रधि में विकसित हुई हवा या रक्त-गो-गो-गो न निकलने का स्थान (ऊपरी होठ, दाढ़, कर्ण-पेड़) आदि में सूजन में स्थानांतरण होता है।

रोग का तत्त्विक चित्र और प्रवाह—फुसी के निदान में तीन चरण बनते हैं—(1) अंतर्स्पर्श का विकास, (2) प्रयत्न और विमरण (विद्रधि), (3) प्रवाह।

पहले लोम-मशिका के गिरे उभरा हुआ बड़ा चमकदार नीला अंतर्स्पर्श बन जाता है। अंतर्स्पर्श की सीमा स्पष्ट नहीं होती और उसमें चमक या हल्की पीड़ा का अनुभूति होती है। धीरे-धीरे अंतर्स्पर्श एक दृढ़ गुल्म में परिणत हो जाता है और उसकी पर्याकृति बढ़ने लगती है, इस-गिरे के ऊपरी भाग में शोफ होता है (गाल, पलकों और होठों के क्षेत्र में शोफ बहुत स्पष्ट हो सकता है)। तीसरे या चौथे दिन दूसरा चरण आरंभ होता है—फुसी का व्यास 1-2 सेंटीमीटर हो जाता है और इसकी सतह पर केंद्र में प्रयुक्तिक काँड़ा (रींग) से नुन पीपिका बन जाता है। फुसी एक शफुल गुल्म का रूप ग्रहण कर लेती है, इसकी सतह चमकदार और चमकदार नीली हो जाती है। इस अवधि में पीड़ा बहुत तीव्र हो जाती है, शरीर का तापक्रम 37-38°C तक उठ जाता है, गलतलन के लक्षण (सामान्य अवस्था, सिरदर्द आदि) उत्पन्न हो सकते हैं। पीपिका की चोटी पर सूज, सूज और सूज खुल जाता है (या कृत्रिम रूप से खोला जाता है)। फुसी में पीपिका निकलती है, जो कभी-कभी रक्त-मिश्रित होती है। इसके बाद एक पीनाभ तरा विमृत्तिका फोड़ निकलता है। फोड़ से निकलने (या उसे निकालने) के बाद शोफ, अंतर्स्पर्श और पीड़ा दब जाती है, जो दो या तीन दिनों में दाग के रूप में परिणत हो जाता है। दाग शुरू में नीला-लाल होता है, जो धीरे-धीरे सफेद होता हुआ लगभग अदृश्य हो जाता है। फुसी का विकास-चक्र सामान्यतः आठ से दस दिनों तक चलता है।

प्रक्रिया के अवतत्त्विक प्रवाह में एक पीड़ाजनक अंतर्स्पर्श बनता है, पर प्रयत्न या विमरण नहीं होता। छोटी फुसी को मशिकाशोथ में नन्हे केंद्रीय विमृत्तिका फोड़ द्वारा उत्पन्न क्षति से भिन्न समझना चाहिए। अन्य रोगों अथवा गलत चिकित्सा से दुर्बल रोगियों में फुसी विद्रधि में परिणत हो जाती है।

फुसी हथेलियों और तलवों की लोमविहीन त्वचा को छोड़कर चर्म के किसी भी क्षेत्र में बन सकती है। अकेली फुसी अधिकांशतः सिर के पिछले भाग में, प्रबाहु, पीठ, पेट, नितब और निचले अंगों (पैरों) पर होती है। बाह्य कर्णकुहर के किनारे फुसी से तीव्र पीड़ा होती है। ऊपरी होठ पर फुसी एक खतरनाक रोग है, क्योंकि इसमें लसकुभियो और शिराओं के स्कंदक्लेश के साथ-साथ प्रमांस्तब्ध कथियो

में स्रपक शिराशोथ और सामान्य (सर्वांगीण) स्रपन हो जा सकता है। जब गरदन, वक्ष और जाघ में फुसिया लसपर्वों के बहुत निकट होती है, तो लसकुभियाँ और लसग्राथियों का तीव्र शोथ विकसित हो जा सकता है। यकृत, वृक्क और अन्य आतर अंगों की ओर भी (शोथ का) अपवहन संभव है। इन्हीं क्लिष्टताओं के कारण फुसिया कभी-कभी गभीर रोग मार्जित होती है। हजामत के समय फुसी के कटने या उसमें दवाकर बहाने के प्रयत्न से तथा अपर्याप्त स्थानिक चिकित्सा से इन क्लिष्टताओं के और भी बढ़ने का खतरा रहता है। चेहरे पर, नाक व होठ के बीच त्रिभुजाकार स्थल पर और नाक के चर्म व श्लेष्मल झिल्ली पर फुसिया भी क्लिष्टताओं के विकास को सप्रेरित करती है।

फुंसीक्लेश एक ऐसी अवस्था है, जिसमें बहुसंख्य (यद्यपि हमेशा नहीं) और पुनरावर्ती फुंसीस्फोट उत्पन्न होते हैं। फुंसीक्लेश स्थानाबद्ध (परिसीमित चर्म-क्षेत्र पर), विसरित या प्रकीर्णित (विखरा हुआ) हो सकता है। प्रवाह के अनुसार फुंसीक्लेश तीव्र (कई सप्ताह से लेकर एक-दो महीने की अवधि अनेक फुंसियों की उत्पत्ति द्वारा लंछित) या चिरकालिक (छोटी अवधि या लगातार महीनों तक कम संख्या में फुंसियों की उत्पत्ति द्वारा लंछित) हो सकता है।

लछक (विशिष्टता-युक्त) केसों में निदान सरल होता है। अन्य स्थितियों में इसका सिबिरी (साइबेरियन) व्रण, स्वेदग्रथिशोथ और गहरे रणत्व के साथ अंतर दिखाना पड़ता है। आध्राक्स (सिबिरी व्रण) पिटक-वस्तिकीय क्षति के साथ होता है और उस पर भूरी-काली खट्टी पड़ जाती है, इसके अतिरिक्त सुचर्म तथा अवचर्म में भी स्पष्ट अतर्स्यदन हो जाता है, तीव्र पीड़ा और सामान्य अवस्था में कई गड़बड़ियाँ उत्पन्न होती हैं। स्वेदग्रथिशोथ में अपस्रावी ग्रथियों का (काख, जघामूलीय सलवट, चुचुकों और पृष्ठद्वार में) पूयिक शोथ होता है, केद्रीय विमृत्तिक क्रोड नहीं होता। लोमतृण (त्रीखोफीटोन) से उत्पन्न कणार्ब अक्सर शिरोवल्क तथा दाढ़ी के क्षेत्रों पर उत्पन्न होता है। रोगवृत्त (जतु से स्पर्शात्मक सपर्क), तीव्र पीड़ा और पूयमृत्तिक क्रोड की अनुपस्थिति और गदलोचनी द्रव्य के सूक्ष्मदर्शन से कवकों का अनुवेदन—ये सब निदान के लिये महत्वपूर्ण होते हैं। कुछ केसों में फुंसीक्लेश को पार्विक ललामी, कठललामी और कटमालचर्मता से भी इतिरित करना पड़ता है।

ऊतगदालोचन पूयिक शोथ लोम-मशिका, स्वेद-ग्रथि तथा चारों ओर के योजक ऊतकों को पूरी तरह ग्रस्त कर लेता है (परिमशिकीय अतर्स्यद के साथ गहरा मशिकाशोथ)। शुरू-शुरू ऊतगदलोचनी चित्र आस्यक मशिकाशोथ जैसा होता है, लेकिन बाद में संपूर्ण वपा-लोमीय उपकरण तथा पड़ोसी ऊतकों का विमरण पाया जाता है, परिसर में श्वेतकोशिकीय अतर्स्यदों की बहुलता होती है।

चारों तरफ के योजक ऊतक में अक्सर निष्क्रिय स्क्वर्मायस और मोलास्की ग्र स्पष्ट शोफ अवलोकित होता है। पठन के अन्त में प्रत्यास्थ एंड मोलास्की ग्र (रेशे) पूर्णतया नष्ट हो जाते हैं। विमूर्तित अन्तः के पारस्पर में एक मजबूत रजतप्रेमी-जालिका बन जाती है। तंतुओं के मोलास्की ग्रों का एक मांस बनाने पैठन के अंडे को घेर लेता है, ताकि रोगाणु तथा त निरुत्पन्न अन्यत्र न फल (इसीलिये फुसी को दबाकर वहान के प्रयत्न से बचने के सूत्रों का ध्यान रखा है, जिसके फलस्वरूप रोगाणु अन्यत्र भी फैल सकते हैं)।

चिकित्सा—फुसी की चिकित्सा बहुत हद तक गन्नाचनी प्रक्रिया के प्रकार एवं प्रसार पर निर्भर करता है। उदाहरणार्थ, यदि फुसी अकेली है और उसके साथ कोई क्लिष्टता उत्पन्न नहीं हुई है, तो सिर्फ बाह्य थेरापी प्रनिश्चित की जाती है (विशेषकर जब रोगी आयुरी सलाह लेने में विलंब नहीं करना, रोग के आरंभिक चरण पर ही डॉक्टर से मिल लेता है)। पुनरावर्ती एवं क्लिष्ट फुसियों में, खतरनाक स्थल पर उत्पन्न फुसियों में, फुसीक्लेश में (विशेषकर चिरकालिक एवं बिखरे हुए फुसीक्लेश में) बाह्य थेरापी के अतिरिक्त गैरे सामान्य उपाय भी किये जाते हैं, जो जीवाणुक वनस्पतियों पर आभिक्रिया करते हैं, शरीर की रक्षा प्रतिकारी शक्तियाँ को स्फूर्त करते हैं और रोगी के परीक्षण के समय पाये गये अन्य अंतर्पेशीय रोगों को ठीक करते हैं।

प्रतिजीवको का विस्तृत उपयोग होता है। पेनीसिलिन अलपेशीय मुई में 500000-1000000U की खुराकें प्रति तीन या चार घंटे पर दी जाती हैं; तीव्र रूप में कुल मात्रा 10000000-30000000U तक दी जाती है और चिरकालिक रूपों में 5000000-100000000U या इससे भी अधिक। अनावासी लम्बालय के रोगी की चिकित्सा एक्मोनोवोसिलिन (वेंजिलपेनीसिलिन प्रोकेन व ग्वम्सोलिन—प्रिप्रोटामीन सल्फेट के घोल—के मिश्रण) और वीसिलिनो (वेंजाथीन पेनीसिलिन) से की जाती है, जो पेनीसिलिन से चिरकारी प्रसाधन हैं। इनमें से पहली दवा की सुई दिन में एक बार 6000000U की मात्रा में दी जाती है, दूसरी दवा तीन या चार दिन में एक बार 12000000-15000000U की मात्रा में दी जाती है (पूरी चिकित्सा के दौरान 30000000 से 80000000U दी जाती है)।

आजकल पेनीसिलिन और इसके व्युत्पादों के विरुद्ध कोकी उद्भिजा (विशेषकर स्ताफिलोकोकों) की प्रतिरोधिता अवलोकित हो रही है। इसीलिये फुसीक्लेश की चिकित्सा में अधिकाधिक महत्त्व विस्तृत स्पेक्ट्रम (परास) वाली दवाओं को दिया जा रहा है, जो प्रतिजीवाणुक प्रभाव डालती हैं, जैसे—माक्रोनिड—एरीथ्रोमीसिन तथा ओलेआडोमीसिन और तेत्रासिक्लीन के साथ इनके मेल—ओलेतेत्रिन, सिग्मामीसिन और तेत्राओलेआन। प्रतिजीवको के प्रति रोगकारी जीवाणुओं की

संवेदिता की द्रुत जाच (जैसे प्रतिर्जीवलंख) की सहायता में किसी भी रोगी के लिए आवश्यक प्रतिजीवक ज्ञात किया जा सकता है, इन परीक्षणों के परिणाम 12 से 24 घंटे में प्राप्त हो जाते हैं।

कतिपय चर्मपूयनाओं और विशेषकर चिरकालिक फुंसीक्लेश की चिकित्साम अर्धकृत्रिम पेनीसिलिनो का अब अधिकाधिक विस्तृत उपयोग हो रहा है। ये है—मेथीसिलिन (10g की अंतर्पेशीय सुई प्रत्येक चार से छ घंटे पर), और ओक्सासिलिन (0.25-0.5g की टिकियो या कैप्सूलों के रूप में प्रत्येक छ घंटे पर, पाच दिनों तक, अंतर्पेशीय सुई द्वारा 0.25-0.5g की मात्रा दिन में दो से चार बार)। प्रतिजीवकों के साथ मुखमार्ग से प्रतिहिस्टामीनिक साधन देना वाछनीय है।

सुल्फोनामीड (सुल्फाथिआजोल, सुल्फादीमीडीन, सुल्फामेथोक्सीन, सुल्फामेथोक्सी-पीरीदाजीन) तथा अन्य प्रतिजीवाणुक प्रसाधन उनकी सामान्य अभिक्रिया के अनुसार प्रयुक्त किये जाते हैं। नित्रोफुरान के व्युत्पाद—फूराजोलीडोन, फूराजोलिन, फूरादोनिन (नित्रोफूराटोइन) और फूरागिन (फूराजिन) पिछले समय से उन स्थितियों में प्रलिखित किये जाने लगे हैं, जब स्ताफिलोचर्मता प्रतिजीवकों और सुल्फोनामीडों का प्रतिरोध करने लगती है। ये मुखमार्ग से 0.1g की टिकियों में दिन में दो या चार बार खाने के बाद दिये जाते हैं (चिकित्साकाल पाच-सात-दस दिन हो सकता है)। 12 महीने तक के प्योपा बच्चे के लिये फूराजोलिन की एक खुराक 0.01-0.015g है, 1 से 2 वर्ष तक के बच्चे के लिये 0.02g, 2 से 5 वर्ष तक के बच्चे के लिये 0.03-0.04g और 5 से 14 वर्ष तक के लिये 0.05g; यह दिन में तीन या चार बार, खाने के 15 से 20 मिनट बाद दिया जाता है।

अकेली पुनरावर्ती फुंसियो तथा चिरकालिक फुंसीक्लेश में पैठन को नियंत्रित करने के साथ-साथ शरीर की प्रतिकारी शक्ति बढ़ाने के लिये अविशिष्ट स्फूर्तिदायक थेरापी (स्वरक्त-चिकित्सा) और स्ताफिलोकोक का टीका (बहुसंयोजी या स्वटीका) स्ताफिलोकोकी तांक्साइड तथा एंटीफागिन से विशिष्ट इमूनी चिकित्सा (इमूनोथेरापी) की जाती है। कुटाली (जो टाले नहीं टले) या चिरस्थायी फुंसीक्लेश में गामा ग्लोबूलिन का उपयोग होता है।

मेदुरता, मधुमेह, आत्र-शैथिल्य, आतर अंगों के रोगों, अल्परक्तता आदि की चिकित्सा चिरकालिक फुंसीक्लेश से पीडित व्यक्तियों के उपचार-संकुल का एक महत्वपूर्ण घटक है। ऐसे रोगियों का आहार सुपाच्य होना चाहिए, चटपटा व मसालेदार नहीं होना चाहिए। अल्कोहलिक पेय वर्जित है। विटामिन 'ए', 'सी' और 'बी-सक्जुल' के साथ-साथ लोहा तथा फोस्फोरस के प्रसाधन (फीतोफेरोलाक्त्तोल, 15 से 20 दिनों तक एक-एक गोली दिन में तीन बार) वाछनीय है।

फुंसी के गर्द त्वचा को सैलीसीलिक अल्कोहल, कैफर स्पीरिट, इथर, बेजीन

कोलफुंसी

40 चर्मराग चिकित्सा

परतों तक विमरित हो जाते हैं।

इस क्षति का नाम कार्बुंकुल या कोलफुसी है (नार्तानी 'कार्वो'—कायला चारकोल), क्योंकि पूयमृतिक शोध के दरम्यान बना हुआ विमृत क्षेत्र अलकतरे की तरह काला होता है।

इसका प्रिय स्थल है—पश्च कपाल, पीठ और कमर।

निमित्त कारण अधिकांशतः सुनहरे स्ताफिलोकोक है, स्ताफिलोकोक की अन्य जातियों से यह कम ही उत्पन्न होता है।

गदजनन को प्रोत्साहित करने वाले घटक निम्न हैं—दुर्बलता (चिरकालिक कुपोषण अथवा किसी तीव्र कायिक रोग से), द्रव्य-विनिमय की गड़बड़ी (विशेषकर कार्बोहाइड्रेट के विनिमय में गड़बड़ी, जैसे मधुमेह में)।

तल्पिक चित्र और रोग-प्रवाह—शुरु शुरु में चर्म में चद अलग-थलग कठोर पर्विकाएँ अवलोकित होती हैं, जो मिलकर एकीकृत अतर्स्यद बना लेती हैं। यह अतर्स्यद बढ़ता है, कभी-कभी तो बच्चों की हथेली के बराबर भी हो जाता है। इसकी सतह अर्धवर्तुली हो जाती है, त्वचा तन जाती है और मध्य में नीलाभ हो जाती है। स्थानिक कोमलता अवलोकित होती है। यह अतर्स्यद के विकास का प्रथम चरण है, जिसमें 8 से 12 दिन लगते हैं। इसके बाद अतर्स्यदन-क्षेत्र में चद पीक बनती है, जिनके मुँह खुल जाते हैं। कई खुले मुँहों के कारण कोलफुसी मोटा उद वाली चलनी (या छनौटे) की तरह दिखने लगती है। इन मुँहानों से रक्त-मिश्रित पूय और हरा विमृतिक द्रव्य स्रावित होते हैं। कोलफुसी के मध्य में विमृत क्षेत्र का आकार निरंतर बढ़ता जाता है। द्रव्यों के बाहर निकलने से ऊतकों में एक विस्तृत क्षति (एक व्रण) उत्पन्न हो जाती है, जो पेशियों तक पहुँच जाती है। यह दूसरा चरण, पूयन और विमरण का चरण, 14 से 20 दिनों तक चलता है। इसके बाद व्रण कणमय ऊतकों से भर जाता है और नीचे के ऊतकों के साथ संलग्न एक गहरा और रूखड़ा दाग बन जाता है। बड़े दाग कोलफुसी के ऑपरेशन से भी रह जाते हैं।

कोलफुसी अक्सर एकल क्षति के रूप में उत्पन्न होती है। इसके विकास के साथ-साथ तेज बुखार आता है, टाँकने की मर्मभेदी पीड़ा होती है, ठंड लगती है, चित्त अवसन्न रहता है। बुढ़ापे में, तीव्र पारमेह के कृश रोगी में और नार्विक-मानसिक अतितनाव की स्थिति में कोलफुसी का प्रवाह दुर्दम रूप धारण कर सकता है। ऐसी स्थितियाँ नवशूलिक वेदना, विक्षिप्ति या गहन अवलुठन तथा मृपनजनित ज्वर से लक्षित होती हैं। बड़ी कुभी से अत्यधिक रक्तस्राव या मृपन के कारण मृत्यु भी हो सकती है। जब कोलफुसी नाभ के ऊपरी हाँठ के क्षेत्र में स्थित होती है, तो तीव्र छाटिकाय क्लिष्टता उत्पन्न हो सकती है।

निदान कठिन नहीं है आध्यात्म साधकस्य सा ध्या यान में रूढ़ना तात्पर्य जो कोलफुसी के ही सदृश होती है, लेकिन इसमें तात्पर्य का आधार तात्पर्य व्यक्त एवं वर्धित होता है, पीपिका से कीचले (आध्यात्मिक) में पित्रता वृद्धिशी शक्ति उत्पन्न पड़ जाती है (इसीलिये नाम पड़ा है—'साध्यात्म'), और इसका निर्धारण वाक्य का अलग होता है—अनुभाविक ग्राम पोतीतिष्ठ आध्यात्म-साधन, मन्त्रा चरम शक्तिता में भट करना आसान है, इसके लिये ऊपर वर्णित तार्थिक विषय का ध्यान में रूढ़ना पर्याप्त है।

ऊतगदलोचन—सुवर्म और अवचर्म के निचले भाग का गहरा विभूति बना जाती है। विमृति (विमरण) धीरे-धीरे पत्रिका को आर फलने लगती है। पत्रिका के ये अङ्ग न्यूट्रोफिलो के मोटे अतस्यंद में बने हैं।

चिकित्सा—कोलफुसी की चिकित्सा में सदा सामान्य युक्तियाँ भी शामिल किया जाता है और वह फुसी की चिकित्सा से बहुत भिन्न नहीं होती। तीव्र स्थितियों में प्रतिजीवक के साथ सुल्फोनामीड दिये जाते हैं। रश्मि चिकित्सा (रेडियो-चिकित्सा) भी इस रोग में लाभ पहुँचानी है। कोलफुसा यदि लेजा से बढ़ रही हो तो उस पर गुणा की आवृत्ति का बीज लगाकर विभूत क्षेत्र को बाहर कर देना सुझाया जाता है। यह काम नियमित करीब 2 कर्माएँ हैं। साथ-साथ प्रतिजीवक-चिकित्सा भी चलती है (5000000U स्ट्रेप्टोमीसिन की सुई दिन में दो बार, साथ-साथ प्रतिदिन 10000000U पेनीसीलिन की सुई या इसका समतुल्य अन्य दवाओं की सुईयाँ)। कोलफुसी के गिरावट को 2 प्रतिशत बेफ़र स्प्रीट या सैलीसीलिक अम्ल से दिन में दो बार अनिवार्य रूप से निष्पादित किया जाता है, सभी खराबों और निस्त्वचन पर काम्प्लेन के पैट का अथवा आयोडान के अल्कोहलिक घोल का लेप लगाया जाता है।

भविष्यवाणी—भविष्यवाणी रोगी की सामान्य अवस्था पर निर्भर करती है।

स्वेदग्रंथिशोथ

यह काख (अक्सर एकतरफा) या जंघामूलीय चर्म-मोड पर स्थित भ्रूषावर्ण स्वेदग्रथियों का पूयिक शोथ है। कभी-कभी यह चुचुको, वृद्ध भगोष्ठो, फोता, प्रुष्ठद्वार आदि के भी क्षेत्रों में होता है।

हेतुलोचन—इसका सामान्यतम निमित्त कारण सुनहरे स्टाफिलोकोक है, जो लोम-मशिकाओं के मुहाने से होकर अपस्वावी ग्रंथियों की अपवाही नलियों में प्रविष्ट हो जाते हैं।

गदजनन—इस रोग के प्रवणकारी घटक निम्न हैं—शरीर की सामान्य दुर्बलता, अतिस्वेदन, काख, जघामूली तहों तथा पृष्ठद्वार पर क्षारीय प्रतिक्रिया

वाला स्वद विशेषकर उन लोगों में जिन्हें सफाई की आदत नहीं हाता मसूणन सूक्ष्म घाव, हजामत के समय कटना, नाविक एवं अतस्वादी गड्ढाईयों (पारमेह जनन-ग्रंथि की गड्ढाई) वाले लोगों में कटुक चर्मक्लेश के स्थलों पर खरोच (नोचने से) तथा स्थानिक प्रतिरोध में कमी। स्वेदक अपवाही ग्रंथियां सिर्फ यौनपरिपक्वता-काल में विकसित होती है (लड़कियों में लडकों की अपेक्षा कुछ पहले)। स्त्रियों में उनकी संख्या पुरुषों से अधिक होती है, स्त्रियों में यह रोग अवलोकित भी अधिक होता है। बुढ़ापे में इन ग्रंथियों की क्रियाशीलता निर्वाप्त हो जाती है (बुझ जाती है), इसीलिये बुढ़ापे में यह रोग नहीं होता।

तत्त्विक चित्र और प्रवाह—शुरू-शुरू सुचर्म और अवचर्म की गहराईयों में टीले जैसे अलग-थलग पर्व (गांठ) परिस्पर्शित होते हैं। रोगी को हल्की खुजली या पीडा महसूस होती है। पर्व आकार में शीघ्र बड़े होते हैं, चर्म से चिपक जाते हैं (नीचे से) और नाशपाती की आकृति ग्रहण कर लेते हैं, उनका ऊपरी उभार 'कुतिया के थन' की तरह चुचुकाकार होता है। त्वचा नीली-लाल हो जाती है, ऊतक में शोफ बढ़ जाता है, पीडा भी साथ-साथ बढ़ती है। असंपृक्त (एक-दूसरे से पृथक्) पर्व अक्सर संलीन हो जाते हैं, उनमें मुलायमियत आ जाती है, फिर सिहरन उत्पन्न होती है, जिसके बाद उनका मुह अपने-आप खुल जाता है और उनमें से रक्त-मिश्रित गाढ़ा पूय स्रावित होता है। विमृत्तिक क्रोड नहीं बनता। कभी-कभी फ्लेगमोन (दाहक फोडा) से मिलता-जुलता एक चकतीनुमा विसरित अतर्स्यद बन जाता है, इस स्थिति में पीडा सिर्फ चलने-फिरने में ही नहीं, विश्राम के वक्त भी होती है, रोगी अशक्त हो जाता है। क्षति की परिपक्वता के साथ-साथ अस्वस्थता बढ़ती है, तापक्रम कुछ ऊंचा हो जाता है, पीडा तेज होती है। गांठ (पर्व) का मुंह खुलने पर उसमें तनाव और पीडा की अनुभूति कम हो जाती है, व्रण कुछ दिनों में ठीक हो जाता है (अंतर्स्यद को विलीन होने में कुछ अधिक समय लगता है)। पुनरावर्तन अक्सर होता रहता है और इससे प्रक्रिया का प्रवाह विलंबित हो जाता है। काक्षिक (काख का) स्वेदग्रंथिशोथ एक तरफ होता है, पर दोतरफा क्षतियां भी देखने को मिलती हैं। स्वेदग्रंथिशोथ औसतन 10 से 15 दिनों में समाप्त हो जाता है, लेकिन विलंबित प्रवाह भी बहुत अक्सर अवलोकित होता है (विशेषकर अतिस्वेद तथा पारमेह के रोगियों में और उन व्यक्तियों में जो त्वचा की सफाई पर ध्यान कम देते हैं)।

ऊतगदलोचन—प्रक्रिया सुचर्म और अवचर्म वसा की विभाजक सीमा-रेखा द्वारा स्थानाबद्ध होती है। अपवाही ग्रंथि और उसके गिर्द स्थित योजक ऊतकों को एक पूयिक अतर्स्यद आच्छादित कर लेता है, जिसमें शुरू-शुरू (आरंभिक चरण पर) में मुख्यतः न्यूट्रोफिल ही होते हैं, पर बाद में लसकोशिकाएं और प्लाज्मा-कोशिकाएं

भी शामिल होना लगता है। इसके बाद तीन चरणों में यह रोग प्रगति करता है। अन्य अग्रस्रावी ग्रंथियाँ तथा निगलित ग्रंथियाँ भी प्रभावित होती हैं। नमूने पर्याप्त संग्रहण उत्पन्न करके उन्हें भण्डित करना है।

निदान—रोग की विशिष्ट स्थानावस्था और उसके प्रगतिशील प्रभावों के कारण निदान बहुत सम्भवता है साथ ही रोगी के रक्त में अनेक-प्रकार के स्वेदग्रंथिशोथ का फुँसी में विभोजन (रिक्त) करने से। मरुतम ग्राह्यता का प्रवाह अधिक विलंबित होता है, नसपत्र रक्त का नास में शुष्क स्राव आता है। इसके अतिरिक्त, इसमें पीड़ा नहीं होती, विरगुन व्राणन क्षेत्र विनाशित हो जाता है, अनेक नासूर हो जाते हैं, जो ठीक होने के बाद संतान दाग भाँट आते हैं (नासूर-व्रण में दूर गहगई तक गया हुआ नलीनुमा छेद, जिसमें पीप बहकर निकलती है।—अनु)।

चिकित्सा—आरंभिक चरण पर ही दाँत का विकास करने के लिये परामर्शित उच्चावृत्तिक विद्युतधारा, पराबैंगनी विकिरण, शूद्र इस्थामोल (के.के.), एक्स-किरणों के उपयोग की सलाह दी जाती है। एक्स-चिकित्सा आवश्यकतानुसार तीन-चार दिनों पर टाँहरायी भी जा सकती है; इसकी खुराक बहुत कम होती है—50-501 (रिटगेन), 1-2 मिलीमीटर मोटे अलुमिनियम के फिल्टर (Al फिल्टर) से लेकर, ल्यूचा-फोकस की दूरी 30-40 सेटीमीटर; 120KV (किलोवोल्ट)। एक्स-किरणों की उस स्थिति में भी लाभकर होती है, जब रोग में विलंबित प्रवाह ग्राह्य करने की प्रवृत्ति आने लगती है और उसका पुनरावर्तन होने लगता है। संप्रजात (एक जगत् जमा) विद्राधियों की स्थिति में करोर्जन की सहायता ली जाती है। 0.5-1.0 ग्रामें हाइड्रोक्लोराइड घोल (8-10 मिलीलीटर) की सुई, पेनीसिलीन (300000-500000U) के साथ या तेब्रालेआन के जलीय घोल की सुई क्षति के गिर्द लगाने की सलाह दी जाती है, यदि अतस्यदन और पीड़ा अत्यधिक होती है। इससे पैठन की घेराबदी हो जाती है; यह काम हर एक दिन बीच देकर करना चाहिए, चिकित्सा चार या पाँच बार में सप्ताह हो जाती है। चिरकारी (चिरस्थायी) कृदाली तथा पुनरावर्ती स्वेदग्रंथिरोग में टीका से चिकित्सा एक विवेकसंगत उपाय है। अन्य बातों में इस रोग की चिकित्सा फुँसी जैसी ही होती है। निरोध (रोग की रोकथाम) सफाई की सही आदतों से होता है (शरीर को अक्सर साबुन व स्पत्र से साफ करना); काँख को सैलीसीलिक अल्कोहल या बोरो-कैफर स्प्रीगिट से निष्पेठित करना चाहिए।

अब हम उन स्ताफिलोचर्मताओं का वर्णन करेंगे, जो मुख्यतः नवजात एवं पयोपा शिशुओं को होती हैं—वस्तिक पीपिका, पयोपा की बहुलित विद्राध, नवजात शिशुओं में बहुमारीक (एपीडेमी शब्द का ऐतिहासिक अर्थ है महामारी अर्थात्

ऐसा रोग, जिससे पुर्ण की-पुर्ण आवादी नष्ट हो जाया करती थी। आयु में इसका नया अर्थ है—किन्हीं क्षेत्र-विशेष में किसी रोग का किन्हीं खास प्रकार के लोभों के समूह पर एक ही समय आक्रमण; रोग का जाननेवा होना जरूरी नहीं है। 'महामारी' में इस अर्थ की भिन्नता दिखाने के लिए द्विती आयुर्ग साहित्य में 'जानप्रादिक रोग' का प्रयोग शुरू हुआ। इससे कुछ हद तक काम चलाया जा सकता है, लेकिन अन्य शब्द व्युत्पन्न नहीं किये जा सकते (एपीडेमिओलोजी ?)। 'वहमारी' शब्द दोनों अर्थों में प्रयुक्त हो सकता है और यह अधिक व्युत्पादन श्रम है।—अनु.) बुदबुटिया, रिट्जर (Ritter) द्वारा निरूपित अपशल्की चर्मशोथ और नवजात शिशु की बुल्लेदार बुदबुटिया।

वस्तिक पीपिका

ये ऐसी क्षतियां हैं, जो सामान्यतः नवजात शिशु के जीवन में प्रथम दिनों होती हैं। यह अवस्था पिन के सिर से लेकर मटर के दाने के आकार तक की असंख्य पीपिकाओं की उत्पत्ति द्वारा लक्षित होती हैं, इन पीपिकाओं में सफेद-पीला द्रव्य होता है और इनके परिसर में रक्तातिरेक और शोफ अवलोकित होता है।

हेतुलोचन रोग विभिन्न स्ताफिलोकोकी जातियों से उत्पन्न होता है।

गदजनन अलिखंदन से उत्पन्न मसृणन, अपरिपक्वता, दुर्बलता और कृत्रिम पोषण—ये सभी संप्रेरक घटक हैं।

तल्पिक चित्र और प्रवाह—पेटन स्वेद-ग्रथियों के मुहाने में शुरू होता है, जहां एक चमकदार अतिरिक्तल सीमा से घिरी नन्ही अ-संसादी पीपिकाएं बनती हैं। जघामूल और काख पर त्वचा की सलवटे, शिरोवल्क और धड़ की त्वचा इस रोग के प्रिय स्थल हैं। कमजोर बच्चों में काफी विस्तृत क्षेत्र रोग-प्रक्रिया की चपेट में आ जाते हैं; जो संलीन होने (आपस में मिलने) की प्रवृत्ति रखते हैं, क्षति काफी गहराई तक पहुंच जाती है।

निदान—अक्सर निदान में कोई खास कठिनाई नहीं होती। पूवचर्षता से क्लिष्ट खाज में वस्तिक पीपिकाएं हथेलियों, तलवों, नितबों, पेट, नाभि के गिर्द तथा हाथों की ऋजुकारी (मुड़े हाथ को सीधा करने वाली) पेशी की सतह पर जोड़ियों में उत्पन्न होती हैं। जोड़ियों में बनी वस्तिक पीपिकाओं के बीच बिलों में खाज उत्पन्न करने वाली कूटलियों का पता लग जाने पर निदान सरल हो जाता है।

चिकित्सा और निरोध—रोग-काल में बच्चे को धोना या नहलाना अवाछनीय है। त्वचा के स्वस्थ क्षेत्रों पर कोई हल्का निष्पैठक घोल लेपना चाहिए। स्वेद कम करने का उपाय करना चाहिए। ग्रस्त क्षेत्रों पर अनीलीन रंजकों का जलीय व अल्कोहलिक घोल लगाना चाहिए।

पयोपा शिशु में बहुलित विद्रधि

पयोपा तथा छोट बच्चों में यह रोग तब होता है जब पेटन-अपवाही मार्ग तथा अपवाही स्वेद ग्रंथियों की गुच्छिकाओं में पहुँच जाना है।

हेतुलोचन—सुनहरे स्तार्फलाक्रांक उस रंग के निर्माण कारण माने जाते हैं, लेकिन अन्य जीवाणु भी संभव हैं—रक्तमय क्रांगी स्वेष्टाक्रांक; जनमग्रतः त्वचा-रक्तमय सलजपवनेद्ध आत्र-गुंशरीखिया; र्म्बीमतपवीप बवसपद्धा; सामान्य ग्रंथेउस, त्वजमने अनसहंतपेद्ध आदि।

गदजनन—गादिक अवस्था के विकास को सुगम करने में निम्न पटकों का योगदान हो सकता है—बच्चे की सफाई में कमी, अतितापन (काफ़ी गर्म कपड़ पहनाने से), भीगे कपड़ों को लंबे समय तक नहीं बदलना, अनिस्वेदन (जिसमें चर्म बहुत मुलायम व नम हो जाता है), आंतरिक कुपोषण, अपवाप्त आहार, गलत आहार, आत्रशोथ, सामान्य पैठन आदि। यह रोग अधिकांशतः अपवाप्त नवजात शिशु में पाया जाता है, या ऐसे बच्चों में, जिनका शारीरिक प्रतिरोध कम होता है।

तत्पिक चित्र और प्रवाह—यदि स्वेद-ग्रंथि के अपवाही मार्ग का सिर्फ मुहाना पैठनग्रस्त होता है, तो छोटी (वाजरे के दाने के बराबर) सनती पीपिका (परिरधशोथ) बनती है, जो थोड़े ही समय में सूखकर खड़ी बना जाती है और बिना कोई निशान छोड़े ठीक हो जाती है। लेकिन सामान्यतः पूरा अपवाही मार्ग और स्वेद-ग्रंथि का ऊपरी भाग पैठन-ग्रस्त हो जाता है। ऐसी स्थितियों में अनेक कटोर लाल-नीचे पर्व विकसित हो जाते हैं, उनकी पारस्परिक सीमा-रेखाएँ स्पष्ट होती हैं। वे पहले मटर के दाने के बराबर होते हैं, फिर तेजी से बढ़कर बेर का आकार ग्रहण कर लेते हैं। पर्वों के केंद्र जल्द ही मुलायम हो जाते हैं, वहाँ चर्म पतला होता है और उसमें द्रव का जमाव परिस्पर्शित होता है। इसके बाद उनके मुँह खुल जाते हैं और रक्त-मिश्रित पतला पूय निकलता है। प्रक्रिया खत्म होने पर दाग रह जाता है। बहुलित विद्रधिया सामान्यतः उन स्थलों पर होती है, जहाँ शरीर बिस्तर को स्पर्श करता है (सिर का पिछला भाग, पीठ नितंब, जाँघें)। जब कई दर्जन पर्व (गाँठें) बन चुकते हैं, तब प्रक्रिया बक्ष और पेट की त्वचा तक फैल सकती है। शिशु की सामान्य अवस्था अधिकांश स्थितियों में संतोषजनक ही रहती है, शरीर का तापक्रम विरले ही ऊँचा उठता है। दुर्बल पयोपा बच्चों में क्लिष्टताओं के उत्पन्न होने का खतरा रहता है, जैसे प्लेग्मोन, मध्य कर्ण का शोथ, यकृत और प्लीहा की क्षति और यहाँ तक कि घातक सृपन भी शुरू हो सकता है। इन स्थितियों में स्फोट बारी-बारी से कभी यहाँ, तो कभी वहाँ उत्पन्न होते रहते हैं, बुखार और श्वेतकोशिकाक्लेश होते हैं, ESR बढ़ जाता है, व्रण लंबे समय तक ठीक नहीं होते।

विमृति स्वेद ग्रथियो ऋ अपवाही भाग में होती है और सूचम तथा अवचम तक फैल जाती है। स्ताफिलोकोक और अन्य रोगकारी जीवाणुओं के बड़े-बड़े जमघट स्वेदमार्ग (नली) के भीतर बन जाते हैं।

निदान—निदान पयोपा बच्चों में गाढ़ो (पर्वो) के भीतर बिना तीव्र शोथ के द्रव की उपस्थिति के अनुवेदन पर आधारित होता है। इस उम्र में फुसीक्लेश विरला ही होता है और यदि होता भी है, तो बहुत अल्प क्षतियों, तीव्र शोथ के लक्षणों और विमृतिक क्रांड के साथ ही होता है। परिरधशोथ को मशिकाशोथ से इतरित करना चाहिए, जिसमें क्षति सदैव लोम-मशिका और लोम-डठल से संबंधित होती है; लोम-डठल पीपिका के केंद्र में पाया जाता है। इसके अतिरिक्त, फुसी की तरह मशिकाशोथ भी अधिक उम्र के ही बच्चों में होता है। पयोपा बच्चे में बहुलित विद्रधि का आरंभ कुछ हद तक पिटकृतिक गठिक्लेश के आरंभिक चरण से मिलता-जुलता हो सकता है, जब क्षतियाँ शिरोवल्क तथा धड़ की त्वचा तक ही सीमित रहती हैं और पनीर जैसी विमृति विकसित नहीं हुई रहती है। अन्य अंगों में गठिक्लेश की अभिव्यक्तियों तथा पिके (pique) की प्रतिक्रिया के परिणामों को भी ध्यान में रखना पड़ता है। कभी-कभी इस रोग को कठमालचर्मता से भी इतरित करना पड़ता है, जो अक्सर अलग-थलग क्षतियों के रूप में उत्पन्न होती है। कठमालचर्मता में क्षति का मध्य भाग जल्द ही गलकर खुल जाता है और अत्यल्प सीरमी स्राव वाले घ्रण में परिणत हो जाता है, जिसमें कणीकरण बहुत मंद गति से होता है।

चिकित्सा और निरोध—निरोध विशेष महत्वपूर्ण है—बच्चे की देख-भाल में सफाई, समय पर नहलाने, पोतडो और अन्य वस्त्रों को बदलने आदि के काम को प्राथमिकता देनी चाहिए। हाइजिनिक पाउडर, युक्तिसंगत आहार, अतितापन से रक्षा आदि भी आवश्यक उपाय हैं।

विद्रधि पर शुद्ध इख्यामोल ('केक' के रूप में) लगाया जाता है। आवश्यकता होने पर विद्रधि को करोर्जिक विधियों से खोला जा सकता है। स्वस्थ त्वचा को कैफर स्पीरिट से पोंछना चाहिए।

स्नान कुछ समय के लिये रोक देना चाहिए। प्रतिजीवक, सुल्फोनामीड, अन्य स्फूर्तिदायक उपाय, मा के रक्त तथा गामा ग्लोबुलिन की सुई आदि प्रलिखित की जाती हैं। यदि सुसंकेतित हो, तो अनपच और स्थानाबद्ध पैठन के अड़े की भी चिकित्सा करनी चाहिए।

भविष्यवाणी पर बहुत सावधानी से विचार करना चाहिए। दुर्बल बच्चों में, क्लिष्टताएँ होने पर या सहवर्ती न्युमोनिया (क्लोमशोथ), एंटेरोकोलीटिस होने पर अच्छी भविष्यवाणी नहीं की जा सकती।

रु (नमर) : रुमर तथा अपरिपक्व पयोपा वर्चा में यह रोग बहुत तेजी से फैलता है (फटे बुल्ला में से पीप के स्वपेठन से)। वर्चा वेचैन हो जाता है, ठीक से सो नहीं पाता, शरीर का तापक्रम $38-39^{\circ}\text{C}$ हो जाता है; अनभुख, अनक्रांशिकाग्नेश, एओर्जीनोफीलिया तथा ESR वर्धन भी अवलोकित होता है। इन स्थितियों में अनेक क्लिष्टताएँ उत्पन्न हो सकती हैं—कर्णशोथ, क्लोमशोथ, फ्लेममान और यहाँ तक कि सुपन भी।

महामार्गिक बुदबुदिया (रह-रहकर) विस्फोट की तरह होता है, एक साथ ढेर सारा बुल्ला थोड़-थोड़े समय पर निकल आते हैं। स्फोटन रुकने पर कुछ समय बाद उनका पुनरावर्तन भी हो सकता है। यदि कोई क्लिष्टता उत्पन्न नहीं होती, तो रोग तीन से पाँच सप्ताह में ठीक हो जाता है।

ऊतगदलोचन—बुल्ला का शीर्ष सामान्य शृंगी परत से बना होता है और आधार काटल परत से। बुल्ला के कोटर में श्वेतकोशिकाएँ, काटल परत की मृत कोशिकाएँ तथा रोगकारी जीवाणु होते हैं। वस्तिकाएँ शोफित होती हैं और कुभियो के गिर्द हल्का अतर्स्यदन होता है।

निदान—निदान प्रथम दो सप्ताह में बुल्लो के निकलने की दारी (पाली) पर, उनके द्रव विकास और उनके आधार (तली) में अतर्स्यद की अनुपस्थिति पर आधारित होता है। विभेदक निदान सबसे पहले सीफिलिक बुदबुदिया और जन्मजात अधिचर्मलयता के साथ किया जाता है, जो जन्म के समय उत्पन्न होती है। नवजात की सीफिलिक बुदबुदिया में बुल्ला अतर्स्यदित आधार (तली) के साथ मुख्यतः हथेलियों, तलवों और नितबों पर होता है। इसके अतिरिक्त आरंभिक सीफिलिस के लक्षण पाये जाते हैं। सीफिलिक नासाशोथ, वस्तिकाएँ, होखजिगर (Hochsinger) द्वारा वर्णित विसरित अतर्स्यदन, बुल्ला से निकले स्राव में त्रेपोनेमा पालीडुम का पता लगाना, लंबी गंठिक अस्थियों पर प्रभाव, वासरमान (Wassermann) द्वारा निरूपित परीक्षण के धनात्मक परिणाम, प्रेसीपीटिन प्रतिक्रिया, त्रे. पालीडुम के निश्चलीकरण का परीक्षण आदि। जन्मजात अधिचर्मलयता में बुल्ले चर्म के उन्ही क्षेत्रों में स्थानाबद्ध होते हैं, जहाँ चोट आयी रहती है, नवजात शिशु में ये स्थल हैं—सिर, कंधे, पैर। बुल्लानुमा क्षतियाँ बहुत अल्प संख्या में होती हैं (कभी-कभी एकाध)। शोथ अक्सर नहीं होता, या मुश्किल से व्यक्त रूप में होता है। जन्मजात बुल्लेदार अधिचर्मलयता का कुपोषी रूप नखों, दातों तथा बालों में कुपोषज परिवर्तनों द्वारा लक्षित होता है। छोटी शीतला (चिकेन पौक्स) में पीपिकाएँ अपने स्वच्छ पीताभ अतर्द्रव्य के कारण वस्तिकाओं और बुल्लाओं से मिलती-जुलती हैं। गोल (वर्तुली) तनी हुई पीपिका के मध्य में कुछ दबा हुआ स्थल एक महत्वपूर्ण निदानिक लक्षण है। परिसर में पीपिकाएँ हल्के शोफित अति

रक्तिल ऊतक में सकर क्रियध ग घिरी जाना ए ठाँ जीवनता का पाप-हाथ विरले ही फटती है उनका अंतद्रव्य सूखकर पूव मीरमा खर्श में परिणत हो जाना है।

चिकित्सा—बुल्ला का मुह खोलकर अधिचर्म अंग्शोपो को सावधानीपूर्वक निकाला जाता है। अपरदन पर 5 प्रतिशत वारिक अम्ल और नाश्यानाम या मलहम, या 3-5 प्रतिशत सुल्फोनामीड तथा 2-3 प्रतिशत प्रानिजावको में युक्त मलहम, या अनीलीन रंजकों का 1 प्रतिशत घोल लगाया जाता है। गुनगुने पाना में पोटेशियम परमैंगनेट घोलकर स्नान या धोने की सलाह दी जाती है। तब एवं विस्तृत क्षतियों की स्थिति में प्रतिजीवको, सुल्फोनामीड और वी-संकुल के विटामिनो से सामान्य चिकित्सा की जाती है, इसी उद्देश्य से मा के रक्त की सुई भी ली जाती है। विशेष तीव्र स्थिति में (जब रोग चर्मरुण रूप में होता है) कोटिकोस्टेरोइडों से शिशु की प्राण-रक्षा हो सकती है। वच्चे की चिकित्सा और देखभाल में पूर्ण सफाई रखना परमावश्यक है।

निरोध—कपड़े, वस्त्र आदि कम अंतरालों पर बदलते रहना चाहिए। प्रसूति-मृश में परिचारिकाओं तथा माओं को हाइजिन के सिद्धांतों से अवगत होना चाहिए और नवजात शिशु के पास आने से पहले मुह-नाक पर गजी (जालीदार सूनी कपड़े) का टुकड़ा बाध लेना चाहिए। नर्सों, प्रसूतको, धाया आदि सभी कर्मचारियों को समय-समय पर जांच होनी चाहिए, ताकि यदि उनमें चर्मपूयता का आधिकेंद्र (अड्डा) हो, तो ठीक समय पर पता चल जाये। यदि किसी में चर्मपूयता का अधिकेंद्र मिले, तो उसे अस्थायी तौर पर किसी अन्य काम पर स्थानांतरित कर देना चाहिए। नेटा (नासा-स्राव) तथा गले के खखार का भी परीक्षण करना चाहिए कि कोई वासिलो का वाहक तो नहीं है। कक्षाओं को क्वार्टस्-लैप से विकिरणित करना चाहिए और सभी प्रकार की सफाई भीगे कपड़े से करनी चाहिए।

भविष्यवाणी नवजात शिशु की प्रतिरोध-क्षमता, उसकी प्रतिकारिता-शक्ति और शरीर में रोग के फैलाव पर निर्भर करती है। रोग के सुदम रूप में वह अच्छी होती है और दुर्दम रूप से वह गंभीर भी हो सकती है। प्रतिजीवको के आविष्कार से पहले बहुमारिक बुदबुदिया से मृत्यु की दर 50 से 60 प्रतिशत तक थी। अब वह बहुत घट गयी है।

रिट्टर का रोग (नवजात शिशु में अपशल्की चर्मशोथ)

कुछ वैज्ञानिक इसे नवजात शिशु में अधिचर्म बुदबुदिया का ही तीव्र रूप मानते हैं, जबकि अन्य वैज्ञानिक दोनों को अलग-अलग रोग मानते हैं। प्रथम मान्यता इनके अस्थायी तल्पिक रूपों इनके छतहापन और प्राथमिक क्षतियों की

विशेषताओं पर आधारित है।

हेतुलोचन—अधिकांश वैज्ञानिक अपशल्की चर्मशोथ को स्ताफिलोकोको के पेटन से उत्पन्न मानते हैं (अधिकांश उदाहरणों में सुनहरे स्ताफिलोकोक ही गदजनक पाये गये हैं)। कुछ वैज्ञानिक इसे स्ताफिलोकोको और स्ट्रेप्टोकोको के मिश्रित पेटन से उत्पन्न मानते हैं, क्योंकि कुछ उदाहरणों में स्ट्रेप्टोकोको का बहुगुणन भी देखा गया है।

गदजनन की युक्तियाँ दोनों ही रोगों में एक जैसी हैं।

तल्पिक चित्र और प्रवाह—नवजात में बहुमारिक बुदबुदिया की तरह यह रोग भी जन्म के बाद प्रथम सप्ताह के ही दौरान होता है। पहले मुँह में एक चमकदार शोफित शोथी ललामी उत्पन्न होती है, जो जल्द ही गले की सलबटो पर और नाभि, जननेंद्रिय व पृष्ठद्वार के गिर्द फैल जाती है। इसकी पृष्ठभूमि पर बड़े-बड़े वर्तुली एवं तनावपूर्ण बुल्ले उत्पन्न होते हैं, जो जल्द ही फट जाते हैं और उनके स्थान पर स्रावयुक्त अपरदित सतह रह जाती है। हल्की क्षति से भी शोफित एवं ढीली अधिचर्म अपनी जगह से उधड़ जाता है। जब अपरदनो के गिर्द स्थित अधिचर्म की धज्जियो को चिमटे से खींचा जाता है, तो वे नीचे की परतों से अलग हो जाती हैं—यहाँ तक कि स्वस्थ दिखने वाली त्वचा पर भी दूर-दूर तक (इसे निकोल्स्की-निरूपित धनात्मक चिह्न कहते हैं)। इसके पूर्ववर्ती लक्षण या तो बिल्कुल नहीं होते, या मतली और ज्वर में व्यक्त होते हैं। कुछ स्थितियों में बुल्लानुमा स्फोट शुरू में रहते हैं पर बाद में रोग चर्मरुणता के लक्षण ग्रहण कर लेता है। कुछ रोगियों में यह रोग चर्मरुणिक परिवर्तनो की उत्पत्ति से शुरू होता है। ऐसी स्थिति में चर्म की लगभग सारी सतह दो-तीन दिनों में रोग-प्रक्रिया की चपेट में आ जाती है। रोग के तीन चरणों में भेद किया जाता है—ललामिक, अपशल्की, नवजनक। प्रथम चरण में त्वचा विसरित रूप से लाल होती है, शोफ होता है। बुल्ला उत्पन्न होते हैं। अधिचर्म में और इसके नीचे रिसाव होता है, जिससे निस्त्वचन शुरू होता है, जगह-जगह पर अधिचर्म उधड़ जाता है (निकोल्स्की-निरूपित लक्षण)। द्वितीय चरण अपरदनों द्वारा लक्षित होता है, जो परिसरीय प्रसार की प्रवृत्ति रखते हैं और सलीन हो जाते हैं। यह सबसे गंभीर काल होता है (बच्चा द्वितीय, कोटि के झुलसन से ग्रस्त रोगी की तरह लगता है। उच्च ज्वर, अनपच, अल्परक्तता, श्वेतकोशिकाक्लेश, एओजीनोफीलिया, उच्च ESR, भाग में कमी, निर्बलता आदि अवलोकित होते हैं। तृतीय, नवजनक चरण में चर्म का रक्तातिरेक और शोफ कम हो जाते हैं, अपरदन पर उपकला का जन्म होने लगता है।

रोग के हल्के रूप में इन चरणों की प्रकृति इतनी स्पष्ट नहीं होती। तीव्र

शोथ 10 से 14 दिनों में दूर हो जाता है और अधिचर्म के बहपनीय निःशल्कन की प्रचुरता देखी जाती है। तीव्र कंमो में प्राक्रिया सृपन के रंग ग्रहण कर लेती है और अक्सर क्लिष्टताएँ भी उत्पन्न होती हैं (क्लोमशोथ, कणशोथ, टाट्रिकीय प्रक्रियाएँ, प्लेगमोन), जो घातक सिद्ध हो सकती हैं। कुछ बड़े नवजात शिशुओं में गंग का प्रवाह कुछ सुदम होता है।

नवजात में बहुमार्गिक बुदबुदिया की तरह यह गंग-प्राक्रिया भी मृदु, होता, नाक और जननेन्द्रियों की श्लेष्मल झिल्ली पर फैल सकती है; तब साथ में अपरदन और फटाव भी होता है (मुँह के कोनों पर, हाँठों पर)।

ऊतगदलोचन—अधिचर्म में रिसाव से शृंगी परत से उभार उत्पन्न हो जाता है या वह बिल्कुल खत्म हो जाती है। काटल, पिटकामय एवं अवपिटिकामय में स्पष्ट शोफ उत्पन्न होता है, रक्तकुंभियों का विस्फाग्न हो जाता है और श्वेतकोशिकीय अतर्स्यद बन जाते हैं।

निदान के आधार है—नवजात शिशु के जीवन के प्रथम दो या तीन सप्ताह के अन्दर चर्म में विस्तृत शोथी परिवर्तन (साथ-साथ बुल्ला उत्पन्न होने के, जो चोड़ियों के रूप में अपशल्कन को स्थान देते हुए गायब हो जाते हैं), रंग की हठात शुरुआत और तीव्र प्रवाह जो कभी-कभी तीव्र सांगोपाग अवस्था द्वारा लक्षित होता है, क्षतियों की विशिष्ट स्थानाबद्धता, धनात्मक निकोल्स्की-लक्षण और रक्त में रूपलोचनी परिवर्तन।

विभेदक निदान दग्ध, बुल्लेदार अधिचर्मलय, प्रारम्भिक जन्मजात सीफिलिस की बुदबुदिया, लाइनर-रोग (अपशल्की चर्मरुणता) तथा जन्मजात मीनचर्मता-सदृश चर्मरुणता के साथ किया जाता है। दग्ध की संभावना रोग-वृत्ति के आधार पर त्यागी जा सकती है। बुल्लेदार अधिचर्मलय और सीफिलिसी बुदबुदिया से भिन्नता दिखाने वाले लक्षण पूर्ववर्ती अनुच्छेद में बताये गये हैं। लाइनर-रोग बड़ी उम्र के बच्चों में होता है, यह लक्ष्मिक-अपशल्की क्षतियों द्वारा लक्षित होता है; इसमें बुल्ला नहीं बनते, लेकिन पृष्ठद्वार और जननेन्द्रिय के क्षेत्र (वृहत् चर्म सलवटों पर) पूरी तरह ग्रस्त हो जाते हैं। क्षतियाँ धड़, चेहरे और शिरोवल्क पर होती हैं, जिनका अधिकतम विकास जीवन के द्वितीय महीने में होता है। इसके बाद अपशल्की चर्मशोथ गायब हो जाता है। अपरदन कम चमकदार होते हैं, वे रसालु-से दिखते हैं। क्षतियों का रंग पीताभ होता है; शल्क तैल तथा पीताभ होते हैं (इन लक्षणों के कारण अपशल्की चर्मरुणता वपास्रावी दिनाई की तरह लगती है)। जन्मजात मीनचर्मता सदृश चर्मरुणता का बुल्लेदार रूप जन्म के पूर्व ही विकसित होने लगता है और बुल्लो, अपरदनों तथा व्रणों से युक्त चर्मरुणता के रूप में व्यक्त होता है (जो चोट लगने वाली जगहों पर अधिक स्पष्ट होता है)। हथेलियों और

तलवों पर अतिशृंगन होता है। इन सभी लक्षणों के साथ-साथ अस्थियो तथा दातों की विसंगति और क्षीण वृद्धि का भी सम्मेल हो जाता है। रोग का विकास शरीर के सामान्य तापक्रम और रक्त के सामान्य रूपलोचन के परिप्रेक्ष्य में होता है।

चिकित्सा—ऐसे रोगियों की चिकित्सा अपेक्षाकृत कठिन है और इसमें चर्मलोचक व बालरंग-विशेषज्ञ के सम्मिलित प्रयास की आवश्यकता होती है। पहले विवेकसंगत आहार निश्चित करना चाहिए और सफाई का पूरा ख्याल रखना चाहिए। ठंड से बचाना चाहिए (शीतलतादायक लोशन और पुल्टिस प्रतिसर्केतित है)। बाह्य चिकित्सा में प्रतिशोथी प्रभाव डालने तथा पूय-खड्डियों को हटाने के लिये चरणगत थेरापी के रूप में निम्न दवाएँ प्रलिखित होती हैं—5 प्रतिशत नेओमीसिन, गेलिओमीसिन या डीविओमीसिन से युक्त महलम; 0.5-1.0-3.0 प्रतिशत एरीथ्रोमीसिन या 5 प्रतिशत पोलीमिक्सीन से युक्त मलहम। सीमित क्षेत्रों पर कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोनो और प्रतिजीविकों से युक्त मलहम एव क्रीम भी प्रयुक्त हो सकते हैं, जैसे—लोकाकोर्टन, ओक्सीकोर्ट, गेओकोर्टन, डेर्मोजोलोन। सामान्य (सागोंपांग) थेरापी में पेनीसिलिन या तेन्नासिकलीन-यौगिक, सुल्फोनीलामीड (सूक्ष्मतृणों की संवेदिता और बच्चे की सहन-शक्ति को ध्यान में रखते हुए), विटामिन बी-संकुल, विटामिन 'सी' और मा के रक्त की सुई का उपयोग होता है। स्टेरोइड हार्मोन उग्र स्थितियों में ही दिये जाते हैं। सृपन होने पर प्रतिजीवक थेरापी के साथ-साथ डेक्स्ट्रानों, नैसर्गिक प्लाज्मा, ताजा साइट्रेटकृत रक्त, कोट्रीकाल और पाबा तदनुरूप खुराको में नित्य दो बार (हर 12 घंटे पर) दिया जाता है।

निरोध के उपाय वैसे ही हैं, जैसे जन्मजात बहुमार्किक बुदबुदिया के लिये।

भविष्यवाणी गंभीर (खतरनाक) है और अधिकांशतः शरीर की प्रतिरोधिता तथा प्रक्रिया के प्रसार व तीव्रता पर आधारित की जाती है। प्रतिजीवको और स्टेरोइड हार्मोनो के उपयोग से इस रोग के कारण मृत्यु की दर बहुत घट जाती है।

नवजात में बुल्लेदार इंपेतिगो

यह रोग नवजात में बहुमार्किक बुदबुदिया का हल्का रूप माना जाता है, जिसमें यह अपर्याप्त चिकित्सा के कारण परिणत हो सकता है। बच्चे का स्वास्थ्य खराब होने पर भी परिणत हो सकता है। यह स्ताफिलोचमता का एक सुदम रूप है और मटर या चेरी के आकार के अलग-थलग स्थानाबद्ध एकल कोटरीय बुल्लों द्वारा लक्षित होता है। बुल्ले का शिखर पतला तथा तनावपूर्ण होता है और आद्र (गीले) अपरदन को नगा करते हुए शीघ्र ही फट जाता है। उनका अंतर्द्रव्य सीरमी या सीरम-पूयिक होता है। साव सूखकर पतली सतही खड्डी में परिणत हो जाता है। बुल्ले धड़ एव हाथ-पैरों पर उत्पन्न होते हैं और उनमें परिसर में प्रकीर्णित होने

(बिखरने) की प्रवृत्ति होती है। वच्चों को सामान्य आग्नि में जंगले में काट गंधर्व होती है।

निदान में कोई कटिनाइ नहीं होती।

चिकित्सा—वृत्तों को खोलकर अपरगुन पर रानीनीन रक्तों का लग लगाया जाता है। वच्चों की इस काल में अन्य मायसंगिक रोगों में रक्षा करना चाहिए, क्योंकि वे रोग-प्रक्रिया के प्रवाह को उग्र कर सकते हैं।

भविष्यवाणी अनुकूल होती है।

जुंतक चर्मरोग (जंतुक परजीवियों से उत्पन्न चर्मरोग)

जंतुक परजीवियों से उत्पन्न होने वाले चर्मरोगों को जंतुक (या जंतुक) चर्मरोग कहते हैं। जंतुक परजीवियों में निम्न के नाम आते हैं—जूं (यूका), पिम्पू (पिण्ड), खटमल, मच्छड और कुटकी की कुछ जातियां (खाजकारी कुटकी, घांटों व चूड़ों की कुटकियां, दानेदार खुजलियों के निमित्त कारण आदि)। चर्मलांचक के चिकित्सानुशीलन में महत्त्वपूर्ण रोग है—खाज और यूकानि (निम्नोद्यमेश)। इनका आक्रमण रोगी व्यक्ति के साथ सीधे संपर्क से या उसकी वस्तुओं (अप्रत्यक्ष मार्ग) से होता है—विशेषकर उसके वस्त्रों और बिस्तर से।

ये रोग विशेषकर युद्ध, अकाल, बबादी, वृहत पैमाने पर लोगों के विस्थापन के समय फैलता है। अधिक जमघट, अनियमित स्नान, गटे कपड़े आदि इस रोग को फैलाने में सहायक होते हैं। फिर भी 1970-74 में विश्व के अनेक देशों में खाज का जो 'विस्फोट' (आकस्मिक प्रसार) हुआ था, उस समय इसके परंपरागत सहायक घटक अनुपस्थित थे। इसीलिये यह विचार प्रस्तुत किया गया कि खाज की 'महामारी' पर परिवेशिकीय एवं मौसमलोचनी घटकों का प्रभाव पड़ता है (विस्तृत अर्थ में), जो शायद इसके निमित्त कारणों की जीवलोचनी सक्रियता पर असर डालते हैं। इससे रोग का उन्मूलन करने, उसकी गादिकता कम करने की एटी-बहुमरिक युक्तियों और आरोग्यशालीय विधियों के पूरे संकुल को अपनाने का महत्त्व बहुत बढ़ जाता है, सोवियत स्वास्थ्य सेवा में इनकी कारगरता पूरी तरह सिद्ध हो चुकी है।

भारत में लोगों का जीवन-स्तर ऊंचा होने के कारण, सही स्वास्थ्य शिक्षा और आयुरी सेवा के निरोधात्मक और आरोग्यशालीय सिद्धांतों पर आधारित कुशल आयुरी सहायता ने इस देश में ऐसी परिस्थितियों को जन्म दिया है, जिनसे

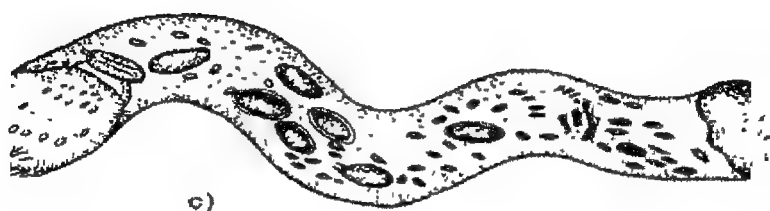
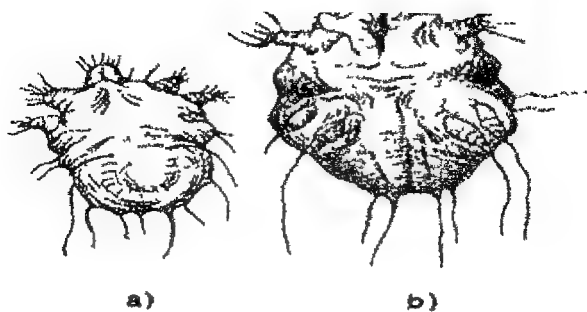
यूकार्ति का उन्मूलन हो सका और खाज की प्रायिकता में बहुत कमी की जा सकी है।

खाज

हेतुलोचन और गदजनन—खाज आकारूस स्काविण्ड या साकोप्टेस स्काविण्ड वार होमीनिस नामक कंडुकारी कुटकियों से होती है। मादा कुटकी नर से बड़ी होती है (क्रमशः 0.14-0.19 मिलीमीटर लंबी और 0.4-0.45 मिलीमीटर चौड़ी) और देखने में कछुए की तरह लगती है (चित्र)। नगी आखों से देखने पर वह पिन के सफेद सिर जैसी दिखती है। निषेचन के बाद (जो चर्म की सतह, अर्थात् त्वचा पर होता है) नर की मृत्यु हो जाती है और मादा कुटकी अधिचर्म की सतही परतों को वेधकर उनमें बिल बना लेती है; वह अपने खीतिन (chitin) के मजबूत जबड़ों से चर्म की शृंगी परत में छेद कर लेती है। चर्म से बाहर वह कुछ ही दिनों में मर जाती है। छः से आठ सप्ताह में मादा कुटकी बिल में 50 तक अंडे देती है। इनसे वयस्क कुटकियां तीन से सात सप्ताह में बनती हैं। आकलन किया गया है कि तीन महीनों में एक मादा कुटकी के अंडों से करीब 15 करोड़ कुटकियां विकसित हो सकती हैं।

रोग शरद और शीत ऋतु में कुछ ज्यादा प्रायिक हो जाता है, यद्यपि इसके क्रेस सालों भर मिलते रहते हैं। अतर्शयन-काल 7-10 दिन से एक महीना या इससे अधिक भी हो सकता है। शरीर पर इनका आगमन रोगी व्यक्ति के माध्यम से होता है, विशेषकर यदि बिस्तर, वस्त्र आदि साथ होते हैं। बच्चों में यह रोग रांगी वच्चे से फैल सकता है।

तत्त्विक चित्र—जिस स्थल पर मादा कुटकी प्रवेश करती है, वहां एक छोटी-सी वस्तिका बन जाती है। खाज का मुख्य लक्षण खुजली ही है। खुजली शाम को और रात में विशेष तीव्र हो जाती है, जब रोगी सोने जाता है। लछक खुजली के अतिरिक्त, जो रोग का प्रथम लक्षण है, जोड़ियों में या बिखरे हुए पिन के सिर जैसे बड़े पिट्टिकीय वस्तिकीय दाने निकल आते हैं, बिल (भूरे डैशों जैसी रेखाएं) और चर्म को खुरचने पर शल्क बनते हैं। कुटकी के प्रिय स्थल हैं अतरांगुलिक चर्म की झुर्रियां, उगलियों के पार्श्व, कलाई की आकुचक सतहें, प्रवाहु और कोहनी की ऋजुकारी सतहें, धड़ की अग्र और पार्श्व सतहें, काक्षिक पुटकों की अग्र सतहें, स्तनों के गिर्द, पेट पर विशेषकर नाभिकीय छल्ले के गिर्द, नितंब, जांघ, पिंडलिया और लिंग का क्षेत्र। कोहनी की अस्थि-संधि की ऋजुकारी सतह पर कभी-कभी पेटकीय-वस्तिकीय क्षतियों पर शुष्क खट्टियों और शल्कों का आवरण देखा जा सकता है (गोर्खाकोव-आर्डी का लक्षण)। बिल अधिकांशतः अतरांगुलिक झुर्रियों



कुटकी

A. नर। B. मादा, C. बिल

ओर कलाई पर देखे जा सकते हैं। उनकी लंबाईयां 2-3 मिमीमाटर से लेकर 0.5 सेटीमीटर तक हो सकती हैं। विशालक शीशा से बिल को देखने पर पास-पास स्थित काले बिंदु दिखते हैं, जो कुटकी द्वारा बनाये गये छेद (द्वार) हैं, जिनसे निकलकर सतान कुटकिया चर्म की सतह पर आती है, ये बिल में हवा के आने के रास्तों का भी काम करते हैं। कभी-कभी वस्त्रिकाओं के स्थान पर पिन के सिर जितनी बड़ी रक्त की खड्डिया भी बन जाती हैं।

उपर्युक्त स्थान ही कुटकी को प्रिय होते हैं, क्योंकि वह पतली शृंगी परत पसंद करती है। छोटे बच्चों में खाज का स्थान कुछ भिन्न होता है—क्षतियां गोडो, हथेलियों, नितबों, तलवों, चेहरे और शिरोवल्क की मध्य (मेडियल) सीमाएं।

खाज के साथ होने वाली तीव्र खुजली के कारण रोगी खरोचें और निशल्कन करके अक्सर पूयकारी पैठन को आमंत्रित कर लेता है। इसके फलस्वरूप खाज निम्न रोगों से क्लिष्ट हो सकता है—मशिकाशोथ, फुंसी, लसग्रंथशोथ, लसकुंभिशोथ, इपेटिगो, एक्थीमा। इन परिस्थितियों में खाज का तल्पिक चित्र बदल जाता है और निदान कठिन हो जाता है (फिर भी खुजली की प्रकृति और प्रक्रिया के स्थलों के आधार पर सही निदान किया जा सकता है)। कभी-कभी प्रकीर्णित एवं क्लिष्ट खाज की स्थिति में रक्त में एओजीनोफीनिया और आल्बूमिनूरिया भी पाये जाते हैं। रोग जीवाणुक दिनाड से भी क्लिष्ट हो सकता है, जिसमें क्षतिया स्त्रियों के

चुचुर क गिर्ब और पुस्सों की जाघ की मध्य (मेर्वियल) सतह पर अधिक होती है व क्षतिया स्पष्टता से परिसीमित होती है, कभी-कभी उनमें गिसाव होता है, व अनेक पीपिकाओं और खट्टियों से आच्छादित होती हैं।

खाज के उपतल्पिक रूप (अवच्छिन्न खाज) पिछले समय से अधिक प्रायिक हो गये हैं, इनमें लछक क्षति नहीं होती (विशेषकर कुटकी के बिल), लेकिन खुजली बहुत तीव्र होती है। रोग का यह रूप उन्ही व्याक्तियों में होता है जिन्हें सफाई से रहने की आदत नहीं होती, या उन रोगियों में, जिनका ठीक ढग से इलाज नहीं होता। वैसे, ध्यान से निरीक्षण करने पर इन केसों में भी जोड़ियों में पिटिकीय वस्तिकाएँ, बहुत नन्ही वस्तिकाएँ और पित्तिक क्षतियाँ अनुवेदित हो सकती हैं।

ऊतगदलोचन—कुटकी का बिल मुख्यतः शृंगी परत में स्थित होता है और सिर्फ इसका बंद सिरा ही मालपीगी परत में या उसके पार पहुँचा होता है। बिल का यही वह भाग है, जिसमें मादा कुटकी निवास करती है। मालपीगी परत में अतर्कोशिकीय एवं अंतराकोशिकीय शोफ विकसित हो जाता है, जिसके फलस्वरूप छोटी वस्तिका बन जाती है। मुख्यतः लसकोशिकाओं से बना हुआ एक चिरकालिक शोथी अंतर्स्पर्द सुचर्म में देखा जाता है। यह बिल के नीचे स्थित रहता है।

निदान—खाज को कभी-कभी गलती से कड़ु मान लिया जाता है, क्योंकि इसमें भी रोगी खुजली से परेशान रहता है। लेकिन इसमें खुजली दिन-रात रहती है, रोग वर्षों तक टिका रह सकता है, इसके लक्षण हैं—त्वचा का भूरा रंग, श्वेत चर्मलेखन (डेरमाटोग्राफिया), पिटिकाओं की उपस्थिति (अक्सर रक्त की खट्टियों से आच्छादित), और लसपर्वों का वर्धन (कड़ुक गिल्टियाँ), पिटिकाएँ अधिकांशतः हाथ-पैर की ऋजुकारी (उन्हे सीधी करने वाली) सतहों पर होती हैं।

खाज के निदान में निम्न लक्षण सहायक होते हैं—खाज के प्रिय स्थलों के चर्म पर पिटिकीय वस्तिकाओं की जोड़ियों में उत्पत्ति, रात में खुजली की तीव्रता में वृद्धि, कुटकी का बिल, परिवार में कई लोगों में खुजली और गोर्खाकोव-आर्डी का लक्षण। कुछ केसों में 'त्रिभुज के लक्षण' से निदान में सहायता मिलती है—त्रिकास्थिक क्षेत्र में क्षतियाँ एक त्रिभुज बनाती हैं, जिसका शीर्ष नितंबीय पुटक की ओर होता है। आमतौर पर पायी जाने वाली क्षतियों के अतिरिक्त इस क्षेत्र में इपेतिग क्षतियाँ और वर्णकता पायी जाती है, जो बाद में कुपोषण चित्तियों में परिणत हो जाती हैं।

जब खाज का तल्पिक निदान कठिन सिद्ध होता है, तब कड़ुक कुटकियों के अनुवेदन के लिये प्रयोगशालीय परीक्षण किये जाते हैं। इसे बिल में से पिन की सहायता से निकाला जा सकता है। उस्तरे से वस्तिकाओं का या अतर्द्रव्य समेत बिल का महीन अनुच्छेद काटने की विधि अधिक कारगर है। इन अनुच्छेदों को

स्लाइड पर क्षारीय हाइड्रॉक्साइड के 20 प्रतिशत घोल से नमोश्चिन् किया जाता है, टक्कन-काच से ढक दिया जाता है, फिर शुष्क, पगाली वाले मध्यमदर्शन (अल्प अभिवर्धन) से परीक्षण किया जाता है। प्रसाधन में कर्माकचा या सही जीवन-क्रिया के उत्पाद (अंडे, विसर्ज) काल बिन्दुओं के गर्कों के रूप में लिखाई देने से।

चिकित्सा—ऐसी दवाएँ प्रयुक्त होती हैं, जो भृंगी परत का टीली करक बिल में प्रविष्ट होती हैं और कुटिकियों का नष्ट कर देती हैं। एंटी-परजीवी प्रसाधन अनेक हैं। चिकित्सा की कारगरता इन प्रसाधनों की प्रकृति पर नहीं, बल्कि इनके सही उपयोग और चिकित्सा की पूर्णता पर निर्भर करती है।

चर्म पर एंटी-खाज दवा मलने से पहले गेहूँ को गम पानी से स्नान करना चाहिए। इससे त्वचा (चर्म की सतह) पर स्थित कुटिकियाँ यंत्रण दूर हो जाती हैं और शृंगी परत ढीली हो जाती है। लेकिन यदि रोगी चर्मपूथता या द्रुक प्रक्रिया से पीड़ित है, तो उसे स्नान का निर्देश नहीं दें। एंटी खाज दवा धड़ और हाथ, हाथ-पैर के चर्म पर मली जाती है, उन जगहों पर विशेष अच्छी तरह से, जो खाज के लिये प्रिय हैं। शिरोवल्क का उपचार नहीं किया जाता। द्रुकरण और इपॉसिंगाकरण होने पर दवा मली नहीं जाती, सिर्फ ग्रस्त क्षेत्रों पर लेपी जाती है। साथ-साथ क्लिष्टताओं की भी चिकित्सा की जाती है।

चर्म में बेजिल बेजोनेट का घोल (बेजोइक अम्ल बेजिल ईथर) मलना बहुत कारगर होता है। बेजिल बेजोनेट का साबुन पानी के साथ 20 प्रतिशत इमल्शन वयस्क रोगियों के लिये प्रयुक्त होता है और 10 प्रतिशत बच्चों के लिये। 20 प्रतिशत घोल निम्न रीति से बनाया जाता है—20 ग्राम हरा या कोई अन्य साबुन छोटे-छोटे टुकड़ों में काटकर 780 मिलीलीटर गम (हल्क) पानी में घोल लिया जाता है और उसमें 200 मिलीलीटर बेजिल बेजोनेट मिला लिया जाता है। औपधालय में 10 प्रतिशत इमल्शन बनाने का नुस्खा निम्न है—

Rp Benzilbenziati 20 0
Saponis Viridis 3.0
Aq fontanae ad 200 0
MDS बाह्य अनुयोग के लिये

इमल्शन बनाने के बाद सात दिनों तक उसकी सक्रियता बनी रहती है। इसे 10 मिनट के अंतराल पर दो बार त्वचा पर मला जाता है। दूसरे दिन उपचार दोहराया जाता है। तीन दिन बाद स्नान कराया जाता है, वस्त्र-विस्तर आदि बदले जाते हैं।

जैसा कि कहा जा चुका है, बच्चों का उपचार साबुन-पानी के साथ बेजिल बेजोनेट के 10 प्रतिशत इमल्शन से होता है या इमल्शन के आधार पर 10

प्रतिशत वेंजिल वेंजोनेट से युक्त मलहम तीन दिनों तक मला जाता है।

सुदूर उत्तर में वेंजिल वेंजोनेट पेट्रोलेटम के आधार पर 10 या 20 प्रतिशत सांद्रता के साथ बनाने की सलाह दी जाती है।

खाज की चिकित्सा के लिए देमियानोविच की विधि में सोडियम थायोसल्फेट का 60 प्रतिशत सांद्र घोल (घोल नं. 1) और सांद्रित हाइड्रोक्लोरिक अम्ल का 6 प्रतिशत (या तनुकृत का 18 प्रतिशत) घोल (घोल नं. 2) प्रयुक्त होते हैं। घोल नं. 1 को 10 मिनट के अंतराल पर दो बार चर्म के सारे क्षेत्र पर मल दिया जाता है, फिर दस मिनट बाद घोल नं. 2 मला जाता है (5 मिनट के अंतराल पर पांच-पांच मिनट के लिये दो बार) सोडियम थायोसल्फेट का घोल एक तश्तरी में ढाल लिया जाता है और उसमें हाथ गीला करके उससे मला जाता है। हाइड्रोक्लोरिक अम्ल का घोल बोतल से सीधे हाथ पर ढाला जाता है। मल लेने के बाद रोगी साफ कपड़े पहनता है, बिस्तर आदि बदल लेता है। अगले दिन उपचार पुनः दोहराया जाता है, चिकित्सा समाप्त होने के दो दिन बाद रोगी को स्नान की इजाजत दी जाती है। बच्चों के लिये सोडियम थायोसल्फेट का 40 प्रतिशत घोल और सांद्रित हाइड्रोक्लोरिक अम्ल का 4 प्रतिशत सांद्र घोल (या तनुकृत का 12 प्रतिशत सांद्र घोल) प्रलिखित किये जाते हैं।

सल्फर का मलहम (बयस्को के लिए 20-33 प्रतिशत सांद्र और बच्चों के लिए 10 प्रतिशत सांद्र) या विल्किंसन का मलहम (15 प्रतिशत सल्फर, 10 प्रतिशत खडिया, 30 प्रतिशत हरा साबुन, 30 प्रतिशत पेट्रोलेटम) मला जा सकता है। बच्चों की चिकित्सा के लिये विल्किंसन के मलहम में आधा-आधा जिक पेस्ट मिला देते हैं। ये मलहम चर्म पर लगातार पांच दिनों तक नित्य एक बार मले जाते हैं। छठे दिन स्नान कराया जाता है और तभी वस्त्र-बिस्तर आदि बदले जाते हैं। सल्फर एवं विल्किंसन के मलहमों का उपयोग सीमित है क्योंकि वे कपड़ों को गंदा करते हैं और औपधजनित चर्मशोथ संप्रेरित कर सकते हैं। यदि चर्मशोथ विकसित हो जाता है, तो मलहम लगाना बंद कर देते हैं और जिक का लोशन या पेस्ट प्रलिखित करते हैं। विल्किंसन का मलहम वृक्कीय ऊतकों में क्षोभ उत्पन्न कर सकता (वृक्कार्ति) है, इसीलिये वृक्करोग से ग्रस्त लोगों का यह प्रलिखित नहीं किया जाता।

खाज की चिकित्सा पोटेशियम-साबुन के ताजा तैयार किये हुए 5 प्रतिशत इमल्शन से भी की जा सकती है। यह 5 दिनों तक देह में नित्य मला जाता है, चिकित्सा समाप्त होने के दो दिन बाद स्नान किया जाता है।

यदि चिकित्सा से लाभ नहीं होता, तो उसे तीन से पांच दिन बाद दोहराया जाता है।

रिसालु पाश्लेपण के प्रति प्रवणता रखन वाल बच्चो म खाज का उपचार करते वक्त और चर्मशोथ से बचने के लिये तथा कटावली खुजली का रोकन के लिये भी (जो परिस्थितज गदलोचनी प्रतिवर्त के कारण उत्पन्न होती है) अवमंदक तथा प्रतिहिस्टामिनिक प्रसाधन (केल्सियम ग्लूकोनाट, डिआजोलिन, सुप्रोस्टिन आदि) प्रलिखित किये जाते है। यह चिकित्सा उन लागो को भी दी जाती है, जिनम खाज परोजिक चर्मशोथ से क्लिष्ट हो जाता है।

सहवर्ती चर्मपूयता की चिकित्सा प्रतिजीवको, गुल्फानामीदों आर बाह्य प्रयोग की दवाओ सल्फर-टार ओर वोरिक अम्ल-टार से युक्त मलहमो, अनीलीन गजको और 2 प्रतिशत सैलीसीलिक अल्कोहल सं की जाती है।

नियंत्रणकारी और निरोधात्मक युक्तियों का संगठन—सभी अनुवेदित रोगियो के लिये विशेष सूचना-पत्र भरे जाते हैं। पैठन-क्षेत्र में सभी रोगियों की एक साथ चिकित्सा खाज पर नियंत्रण की आवश्यक शर्त है। रोगी के परिवार के सभी सदस्यों या बाल-प्रतिष्ठान के सभी बच्चो व कर्मचारियों का निरीक्षण होना चाहिए। (यदि कोई रोगी इस प्रतिष्ठान मे जाता है)। सभी रोगियो का ठीक समय पर अनुवेदन करके उन्हें बाकी लोगो से अलग करना चाहिए और उनकी चिकित्सा करनी चाहिए; तभी रोग-प्रसार का निरोध संभव है।

खाज के रोगियो की चिकित्सा विशेष प्रतिष्ठानों मे की जाती है; यदि बहुमारीलोचनी स्थिति प्रतिकूल होती है, तो कीटनाशक कदम संगठित किये जाते है।

आतरिक वस्त्रो, बिस्तरों को पूर्णतः कीट-रहित करना (DDT छिड़कना, K-साबुन से संसाधित करना) या शुष्कतापी या आर्द्र तापीय कक्ष मे कीट-रहित करना बहुत महत्वपूर्ण होता है। उन्हें साफ करके उबालने के बाद उन पर गर्म इस्तरी भी की जा सकती है। अन्य वस्त्रों को किसी कक्ष मे निष्कीटित किया जा सकता है या उन पर DDT छिड़का जा सकता है।

खाज का एक बहुत विरल और विचित्र रूप है—नौर्वेजियन खाज (कुछ वैज्ञानिक मानते हैं कि यह सामान्य तौर पर ही पायी जाने वाली खाज का बहुत उपेक्षित रूप है)। इसका पहली बार वर्णन 1884 में नौर्वे के डानियेल्सेन (Danielssen) ने किया था। यह अत्यंत दुर्बल लोगो मे (अक्सर कुष्ठ, मेरुसुधिरता आदि जैसे रोग से ग्रस्त व्यक्तियों में) और मंदित बौद्धिक विकास वाले लोगो मे होता है।

नौर्वेजियन खाज में आक्रांति-स्थल पर चर्म शुष्क एव मोटी गाढ़ी हरी खड्डियों से आच्छादित होता है, जो प्रसारित होकर आपस मे मिल जाती है और कवच की तरह दिखने लगती है। यह कवच गति को सीमित करता है, क्योंकि

चलने-फिरने वक्त डगमग पीड़ा होनी है। नख बहुत मोटे हो जाते हैं। ग्रस्त क्षेत्र में वान शृङ्ख और कॉर्निहीन लगने हैं। सभी नसपर्यं वर्धित हो जाते हैं। रोगी के शरीर से अप्रिय गंध आती है। उल्लेखनीय है कि खाज के लक्षण स्पष्ट होने पर भी खुजली बहुत हल्की होती है या बिल्कुल नहीं होती। खड़ियों को बलपूर्वक हटाने पर आत रगितल चर्म प्रकट होता है, जिस पर नगी आखों से भी सफेद-सफेद बिंदुओं के ढेर दिखायी देते हैं। ये बिंदु कड़ुकारी कुटकियां हैं, जो खड़ियों और शल्को में छिपी रहती हैं।

खड़ियों को 5-10 प्रतिशत सल्फर-टार के मलहम से दूर किया जाता है, जिसके बाद सामान्य एंटी-खाज प्रसाधन प्रयुक्त होते हैं, सामान्य स्फूर्तिदायक उपाय किये जाते हैं।

कभी-कभी बड़ी संख्या में लोगों में पेडीकुलोइडेस वेंट्रीकोजुस का आगमन (आक्रमण) होता है इनसे दानेदार खुजली होती है। ये कुटकियां अनाजों पर रहती हैं। इसीलिये इनसे अक्सर अनाजघरो में दुलाई करने वाले या इन कुटकियों से संदूषित पुआल पर सोने वाले ग्रस्त हो जाते हैं। चिकित्सा वैसी ही है, जैसी आम खाज की।

घोड़ों, चूहों, भूगों, कवूतरो आदि की कुटकियां आदमी को काट सकती हैं, जिससे तीव्र खुजली होती है, पिटिकाएँ, ददौरे आदि बन जाते हैं, लेकिन वे अधिचर्म को बंधती नहीं हैं, बिल नहीं बनाती। ये कुटकियां घर में वस्त्रों आदि पर भी चली जाती हैं। चिकित्सा में अल्कोहल का घोल, लोशन आदि प्रयुक्त होते हैं। कपड़ों और घर का निप्टीकन, चूहों का उन्मूलन, बीमार घोड़ों की चिकित्सा—ये सब उपाय आवश्यक होते हैं।

खटमलों (सीमेक्स लेक्टूलोरिस) और पिस्सुओं (पूलेक्स डरीटास) के काटने से खुजलीकारी पित्तिक क्षतियां होती हैं। पिस्सू (पिशु) के दंश-स्थल पर एक लछक केंद्रीय रक्तस्राव उत्पन्न होता है, जो अति रक्तिल धब्बे या ददौरे से घिरा होता है (आकार बाजरे के दाने के बराबर होता है)। चर्म पर जो अभिव्यक्ति होती है, उसकी चिकित्सा आवश्यक नहीं होती। खटमलों और पिस्सुओं के उन्मूलन के उपाय किये जाते हैं—खटमलों के निष्पैठक साधनों और घोलों से, पिस्सुओं के सल्फरकरण से, घर की सफाई से।

जब घोड़े की कुकुरमाछी (बौट-फ्लाई) के लार्वा आदमी के चर्म पर आ जाते हैं, तो 'लार्वा मिग्रास' नामक एक रोग विकसित होता है, फिर पाश की तरह एंटी हुई धागे-सी पतली और उभरी हुई सतह बनती है, जिसकी चौड़ाई 1-2 मिलीमीटर तक हो सकती है। यह त्वचा के नीचे लार्वा 24 घंटे में 15 सेटीमीटर या इससे अधिक दूरी तय कर लेता है।

चिकित्सा के लिये ग्रन्थ क्षेत्र पर टिचर आयांजीन, एंथान क्लोराइड का सघनन आदि प्रयुक्त होता है या लार्वा द्वारा आक्रान्त क्षेत्र का कर्पोजिक विधि स दूर कर दिया जाता है।

गीनिया-कृमि ट्राकुनकूलुस (फिरारिया) मेडीर्नेमिस विशेषकर गोद और दाग की अवचार्म वसा में विकसित होता है, जहां एक गुल्म बन जाता है। गुल्म के ऊपर स्थित चर्म में विगलनक्लेश हो जाता है, चर्म फट जाता है और वहां प्रण उत्पन्न हो जाता है, जिसकी तली पर ये परजीवी पाये जाते हैं। इन्हें मारने के लिये गुल्म में पाण्ड डाइक्लोराइड की सुई दी जाती है। फिर 24 घंटे बाद कृमि को कोटर में से पतली शलाका पर लपेटते हुए निकाल लिया जाता है। यदि गुल्म फटा नहीं है, तो कृमि को कर्पोजिक विधि से भी निकाला जा सकता है।

कुष्ठ

कुष्ठ एक चिरकालिक पेठी रोग है, जो हासेन (Hansen) के बसिलों या मीकोबाक्टेरिडम लेप्रे से होता है; इसकी खोज 1871 में हुई थी।

कुष्ठ का हेतुलोचन ज्ञात है, पर इसके बहुमारीलोचन, इसके पठन और प्रसार की परिस्थितियों आदि का अध्ययन सर्वथा अपूर्ण है। रोग की निम्न विशेषताएं हैं—दीर्घकालीन अतर्शयन-अवधि, अनेक वर्षों तक का लंबा प्रवाह, चर्म, श्लेष्मल झिल्ली और नर्वतंत्र की विशिष्ट क्षति।

सोवियत संघ में इस रोग के विशेष आक्रांति-क्षेत्र हैं—काराकाल्पाक, उज्बेकिस्तान, कजाखस्तान, निम्न-वोल्गा का क्षेत्र, सुदूर पूर्व और बाल्टिक गणतंत्र। यदा-कदा अन्य क्षेत्रों में भी इसके केस दर्ज होते हैं। कुल मिलाकर सोवियत संघ में इससे ग्रस्त की संख्या बहुत कम है। इनमें से अधिकांश लोगों की चिकित्सा कुष्ठाश्रमों में होती है। सोवियत संघ में इस रोग की प्रायिकता बहुत तेजी से घटी है और इसका कारण है लोगों के आर्थिक, सांस्कृतिक, स्वास्थ्य और सफाई के स्तर में उन्नति। इस बात की भी महत्वपूर्ण भूमिका रही है कि ठीक समय पर रोगी का अनुवेदन हो जाता है, उसे तुरंत पृथक् कर दिया जाता है, उसके संपर्क में आय सभी व्यक्तियों की जांच हो जाती है। प्रारंभिक आकड़ों के अनुसार विश्व में करीब एक करोड़ से अधिक लोग इस रोग से ग्रस्त हैं। सोवियत संघ में कुष्ठाश्रम संगठित किये गये हैं, जहां कुष्ठ-रोगियों को रखा जाता है, उनकी पूर्ण चिकित्सा की जाती है, ताकि वे सामान्य जीवन में लौट सकें।

लोचन और गदजनन—कुष्ठ के निमित्त कारण 'मीकोबाक्टेरिडम लेप्रे' एसिड-बहिर्गम्य अल्कोहलफास्ट होते हैं। ये ट्सील-नीलसेन (Ziehl-Neelsen) का



कुष्ठार्बिक कुष्ठ

गह्रण कर लेते हैं और 'मीकोबाक्तेरिडम तुबेकुलोसिम' से मिलते-जुलते ने आकृति छड की तरह होती है, जिसके सिर कुछ नुकीले होते हैं। तसर गुच्छो (ग्रुप्सों) में होते हैं, जो देखने मे सिगार के पैकटो की तरह ग-अलग छडो के रूप मे ये कम ही होते है। इनका कैप्सूल नहीं होता भी नहीं बनाते।

ष्ठ के प्रति अधिक प्रवण होते हैं, जबकि वयस्क बहुत कम ही इससे सीलिये इस रोग से पीड़ित बच्चो व वयस्को का रक्त 'मीकोबाक्तेरिडम (कल्टीवेट करने) में प्रयुक्त हाते हैं। रेशाकुरो, माक्रोफागो और ई-कोशिकाओं पर इन जीवाणुओं को पनपाने के कुछ प्रयत्न सफल

मे हाने वाले गॉठिचत कुष्ठ की क्षतियों से मिलती-जुलती क्षतिया मे पहली बार सोवियत संघ में उत्पन्न किये गये थे (केद्रीय चार्म और नस्थान मे)। इससे कुष्ठ क तत्पिक चित्र, गदजनन, निरोध और प्रायोगिक अध्ययन हो सकेगा।

आदमी के शरीर में मि. कृष्ण के पर्व ५ भाग का अंश ५५ परी ५५ अध्ययन नहीं किया जा सका *। लंबे समय तक दो-तीन महीने में रोग का निकट का संपर्क (जैसे पांगवार में) निश्चय ही रोग की संभावना कम है। रोग का अन्य व्यक्तियों (विशेषकर पांगवार के मरम्मत) के साथ मिलना भी लंबे समय तक संपर्क रहेगा और पांगवार में मास्क पहनने, मास्क सफाई व पहनने का स्तर जितना ही निम्न होगा, पैठन की संभावना उतनी ही अधिक होगी। मास्क पहनने वाली दूँदों के माध्यम में (जो खाने, पीने के जल में मिलाना है) श्वसन मार्ग के सहारे होता है (प्रारंभ में मि. कृष्ण नाक की विभाजक दीवार के लगभग भाग की श्लेष्मल झिल्ली पर अनुवेदित होता है)। यह विदार मा. प्रसून किया गया था कि पैठन चर्म से होकर होता है (प्रथमतः पैरों के चर्म में होकर)। इसका समाधान यह है कि रोग के प्रारंभिक चरण में कृष्ण के वासिल ऊर्ध्व (जायाँ) की अधिन लम्पियों में पाये जाते हैं। कुछ कंसों में सड़कों रोग, जैसे पैर (गोड़) की कृष्णता (विशेषकर काँदिक्लेश) को महत्त्व दिया जाता है। क्षत चर्म (जैसे उड़ने वाला ग्ल-चोपक कीड़ों के दश-म्यल, गोदना-स्थल, घाव) में भी पैठन की खतरा मिली है। इसमें को संदेह नहीं है कि कृष्ण-प्रक्रिया के विकास के रूप में आदमी के शरीर के व्यक्तिगत गुणों, इसकी प्रतिरोधिता और सामान्य अवस्था पर निर्भर करता है।

विभिन्न वैज्ञानिकों के अनुसार इसका अतर्शयन-काल औसतन चार से छ वर्ष तक निर्धारित किया गया है। लेकिन यह भी विश्वसनीयता के साथ निर्धारित किया गया है कि इसमें दो से तीन महीने भी लग सकते हैं और 10-20 से 50 वर्ष तक भी। इसलिये कृष्ण प्ररक्षित अतर्शयन-काल द्वारा नॉलेत होना है, जिसकी लंबाई बहुत भिन्न हो सकती है।

कृष्ण बहुत अल्प छुट्टा माना जाता है, यह यक्षा से भी कम छुट्टा है। वयस्को की अपेक्षा बच्चों में इसके प्रति कम प्रतिरोधिता होती है और दीर्घकालीन संपर्क की परिस्थितियों में वे इस रोग से अधिकतर और अधिक शीघ्रता से ग्रस्त हो जाते हैं।

रोगपूर्व की अवधि में रोगी अस्वस्थता की शिकायत करता है, उसे तीव्र नर्वशूलीय पीडा, अस्थि संधियों में दर्द, प्रगामी (उत्तरोत्तर बढ़ने वाली) दुर्बलता और जटगत्र की गडबडियाँ होती हैं। कभी-कभी परिसवेदना, अति-सवेदना और ज्वर भी पायी जाती है। इसी काल में हासेन के वासिल भी नासा-प्रसक्ति की श्लेष्मल झिल्ली पर अनुवेदित हो जाते हैं। इसके बाद रोग के ताल्पिक लक्षण विकसित होते हैं। रूपलोचनी अभिव्यक्तियों के अनुसार तीन प्रकार का कृष्ण रोग होता है।

कुष्ठ का वर्गीकरण

1. कुष्ठार्विक या दुर्दम, तीव्र प्रकार
2. गतिवत या मुदम, हल्का प्रकार
3. अनिश्चित या अर्वाशय प्रकार

कुष्ठार्विक प्रकार का कुष्ठ

कुष्ठार्विक प्रकार में पहले अनिश्चित प्रकार के मुश्किल से दिखने वाले ललछोह धव्ये उत्पन्न होते हैं, जिन पर नीली या लोहित आभा होती है। रोग क आरंभ में इन क्षेत्रों पर काँई सपेदी गडबडिया (दर्द, जलन, स्पर्श आदि की) नहीं होती। धव्ये धीरे-धीरे अंतर्स्यंद बन जाते हैं। प्रक्रिया की चपेट में सुचर्म के अतिरिक्त अबचर्म बसा भी आ जाती है और पर्विकाएँ (कुष्ठार्व) बन जाती हैं। ये अंतर्स्यंद और पर्विकाएँ अक्सर हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों पर, आखों से ऊपर ललाट पर, गालों और नाक पर उत्पन्न होती हैं। चेहरे का भाव गडबड हो जाता है, चेहरा विकृत और भयावह हो जाता है (सिंह-मुखौटा)।

भागों के अंतर्स्यंदन से उनके पार्श्व लोम स्थायी तौर पर झड़ जाते हैं। चेहरे और हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों के अतिरिक्त अंतर्स्यंदन धड़ के कुछ चर्म-क्षेत्रों और आंतर अंगों को भी ग्रस्त कर ले सकता है। धव्यों और अंतर्स्यंदों के अतिरिक्त टियासलाई के सिर या मटर के बराबर पर्विकाएँ (कुष्ठार्व) भी उत्पन्न हो सकती हैं। इनका रंग ललछोह भूरा या ललछोह बैंगनी होता है, जो बाद में सहवर्ती रक्तम्रावी घटक के कारण जक जैसी आभा भी ग्रहण कर सकता है। कर्ण-पालि और हाथ-पैर के दूरस्थ खडों पर कुष्ठार्व ललछोह नीले होते हैं। पर्विकाओं की सतह चमकदार और चिकनी होती है, मानो उस पर तेल लेपा गया हो। पर्विकाएँ व्रणित भी हो सकती हैं।

विरचनरत व्रणों की किनारियाँ कठोर होती हैं, कभी-कभी शोफित ओर बिल्कुल उभरी हुई होती हैं। इनसे रक्तिल साव होता है, जिसमें अमख्य कुष्ठ-बासिल होते हैं। व्रण क्रमशः कणीकृत ऊतकों से भर जाते हैं और क्षतांकित हो जाते हैं। पर्विकाएँ और अंतर्स्यंदन भी व्रणित होते हैं और अपेक्षाकृत विरलत विना व्रणन के ही अपचोपित हो जाते हैं (ऐसी स्थितियों में छोट सनही क्षतांक रह जाते हैं)। जो व्रण बनते हैं, वे बड़े होते हैं और पेशियों और अस्थियों को भी प्रक्रिया की चपेट में ले लेते हैं। इन स्थितियों में अस्थि-संधियों व छोटी अस्थियों का विनाश और बड़ी-बड़ी विकृतियाँ देखने में आ सकती हैं।

अधिकांशतः नाक की श्लेष्मल झिल्ली ही रोग-प्रक्रिया से ग्रस्त होती है, विशेषकर वह जो विभाजक भित्ति की उपास्थिक भाग को आच्छादित रखती है।

राग के आरम्भ काल में कूट के नासिक इलाके में स्वरजनन में व्यथन रहता है।

नाक की विभाजक भित्ति की अल्पमूल श्रृंखलाओं की आक्रान्त नजामा, अनिश्चयता, नासा-साय और पटलित खड्डियों द्वारा निर्मित होती है जो अनिश्चित कूट जनन नासाशोथ का चित्र प्रस्तुत करती हैं। नाक की विभाजक भित्ति के अग्रस्थित भाग में अतस्पर्दन का आगे विकास होने पर व्रणन और विनाश सम्भव है। इससे स्थान में नाक में लछक विकृति उत्पन्न होती है, इसकी नाक छोटी ऊपर की ओर मुड़ी होती है।

विसर्जित अतस्पर्दन और कृष्णार्ध जीभ, मृदु व कठोर तालु पर भी अवस्थित हो सकते हैं, जो कठ (हलक) और स्वर-यंत्र की अल्पमूल श्रृंखलाओं पर फेज जान दे। इसके फलस्वरूप स्वर में कर्कशता और यहां तक कि मध्यायी स्वरहानि (निःशब्दता) भी विकसित हो सकती है—परिकटदार और स्वरयंत्र की अल्पमूल श्रृंखलाओं के क्षतांकन के कारण।

कुष्ठाविक प्रकार के कुष्ठ-रोगियों की आंत्रों में यूनिकाशोथ, पार्श्विकाशोथ, श्वेतपटलशोथ भी पाये जा सकते हैं। कुष्ठाविक श्रृंगिकाशोथ को चिकित्सा न करने पर श्रृंगिका के अंतस्पर्दित, अपारदर्शक और क्षतांकन होने के कारण अधापन भी विकसित हो सकता है।

तत्सर्प (विशेषकर जाघ और जघामूल के, विरगन्त गरदन के, हनपति के अवकाक्षिक और कार्षिक) बड़े हो जाते हैं (वेग के आकार के), उनकी संरचना कठोर-प्रत्यास्थ हो जाती है, उनमें दर्द नहीं होता और वे सुचल (डिलने-डुलने वाले) हो जाते हैं।

नर्वतत्र अक्सर चपेट में आ जाता है। इसमें जो परिवर्तन होते हैं, उन्हें औपचारिकतः दो ग्रुपों में बांटा जा सकता है—पहला केंद्रीय नर्वतत्र की सामान्य गडबडियों में, जो विभिन्न तीव्रताओं की नर्वक्लेशिक प्रतिक्रियाओं में व्यक्त होती है, कुछ स्थितियों में नर्वक्लेश और मनोक्लेश भी विकसित हो सकते हैं, दूसरे—परिसरीय नर्वतत्र की आक्रान्ति, जिसमें नर्वशोथ और बहुनर्वशोथ विकसित हो जाता है। अधिकांशतः कफोणिक (कोहनी के), कर्णिक (कान के) और छादी टगास्थिक नर्व ग्रस्त होते हैं। नर्व मोटे हो जाते हैं और तदनुरूप स्थलों पर परिस्पृशित हो सकते हैं। केंद्रीय और मुख्यतः परिसरीय नर्वतत्र की आक्रान्ति से संवेदनतंत्रीय, कुपांषी और गतिप्रेरक (मोटर) गडबडियां उत्पन्न हो सकती हैं।

कुष्ठाविक कुष्ठ में संवेदन-तंत्र की गडबडियां काफी देर में उत्पन्न होती हैं, वनिस्वत कि गंठित प्रकार के कुष्ठ में। संवेदी नर्व-सिराओं की आक्रान्ति द्वितीयक प्रकृति की होती है और प्राथमिक रूप से उत्पन्न कोशिकीय अतस्पर्दन द्वारा सपीडन के फलस्वरूप उत्पन्न होती है। पहले स्थायी मर्मभेदी नर्वशूल विकसित

होता है फिर तदनुरूप चमक्षेत्रों पर अतिसवेदना परिसवेदना विकृत संवेदना और क्षोभ के प्रति अपर्याप्त प्रतिक्रिया होती है (ठंड की जगह गर्मी महसूस होती है और गर्मी की जगह ठंड, अपरिस्थितिज प्रतिवर्त विलंबित हो जाता है)। अतिसवेदना और प्रतिसवेदना का स्थान बाद में अनसंवेदना और अनपीडा ले लेती है। हाथ-पैर के कुछ खंडों में और धड़ में तापीय अनसवेदना और अनपीडा के कारण कभी-कभी झुलसन हो जाती है जिसे रोगी महसूस नहीं कर पाता। कुष्ठाविक प्रकार के कुष्ठ में स्पर्श-सवेदना की गड़बड़ियां विरले ही होती हैं—ये रोग के अगले चरण में होती हैं।

कुपोषी गड़बड़ियों के कारण कुष्ठ के रोगी में वर्णकता से संबंधित गड़बड़ियां उत्पन्न होती हैं और तीव्र क्लिष्टताएं उत्पन्न हो जाती हैं, जैसे हाथ-पैर का अपग होना। हाथ और पैर के अस्थि-पजर अलग होने लगते हैं, नख नष्ट हो जाते हैं और स्पष्ट कुपोषी गड़बड़ियों के रूप में विकृत हो जाते हैं। हस्तपुच्छ (हाथ का कलाई से उंगलियों तक का भाग) और गोड़ मुलायम हो जाते हैं और सील मछली या मेढक के पैर की तरह दिखने लगते हैं। कुपोषी गड़बड़ियों के कारण वपाल एव स्वेदजनक ग्रथियां अपसामान्य रूप से काम करने लगती हैं। उनकी अतिक्रिया बाद में अवक्रिया में परिणत हो जाती है और स्वेद व वपा का स्राव बिल्कुल बंद भी हो सकता है, त्वचा शुष्क होकर फटने लगती है। माइनर (Minor) का परीक्षण रोगी में धनात्मक हो जाता है (टिंचर आयोडीन लेपे हुए चर्म-क्षेत्र पर स्टार्च लेप कर गर्म शुष्क वात-कक्ष में रखने से वह नीला नहीं होता, क्योंकि स्वेद-ग्रथियां काम नहीं करती)।

परिसर्गीय नर्वतंत्र की क्षति के कारण गति व्यवधानित हो जाती है। आकुचक तानता हावी रहती है, क्योंकि हस्त-पुच्छ, गोड़, फिर प्रबाहु और टांग की ऋजुकारी पेशियों में अनियमित कुपोषण होता रहता है। हाथ और पैर की उंगलियां अशन और असमान रूप से आकुचित (मुड़ी हुई) रहती हैं (चिड़िया के पंजे की तरह हाथ और घोंडे की तरह पैर)। हथेली के पीछे अतरास्थिक अवकाश विकृत हो जाता है, क्योंकि छोटी पेशियां सुखौरीग्रस्त हो जाती हैं। हथेली पर अगूठे के नीचे की गद्दी (थेनार) और अवथेनार की पेशियां भी सुखौरीग्रस्त (कुपोषित) हो जाती हैं, जिससे हथेली चपटी (चौरस) हो जाती है और बदर की हथेली जैसी लगने लगती है।

आख की पेशियों के कुपोषण के कारण आखें अधमुठी रहती हैं (खरह की आखें)। ये रोगी आखों को स्वतः स्फूर्त रूप से बंद नहीं कर पाते। चंहर के नर्वों के ग्रस्त होने के कारण भावों को अभिव्यक्त करने वाली पेशियों का कुपोषण होता है, जिससे चेहरे पर एक उदासी का मुखौटा-सा चढ़ जाता है। ('सत अटोनी का मुखौटा')।



पशी-रुपोपण (मुखोरी) म उगलिया का अवक्षुब्ध

कुष्ठ-रोगी को ऊपर वर्णित मवेदक, गांतपेस्क लश क्रुप तीव्रताओ के साथ भिन्न सम्मेलो म हो सकती हे। माद्य-माद्य न गडबडिया होनी हे।

कुष्ठार्थिक प्रकार के कुष्ठ मे विभिन्न आतर अग भी क्लोम, यकृत ओग प्लीहा वर्धित हो जान ह ओग पहल कसो ह गडबडियो का तल्पिक चित्र कुष्ठ के लिये विशिष्ट नही होना। चर्म और श्लष्मल झिल्ला की विशिष्ट क्षति क तल्पिक चि बाक्तेरीदर्शन द्वारा निर्धारित होता हे, खुश्चन निम्न स्थला म की विभाजक भिन्न, क्षताकन से प्राप्त ऊतक-रस ओर बायाप तसपर्वो के भी परीक्षण मे रोग-निर्धारण हो सकता ह, जो व

कुष्ठ के नर्वतत्र ओग आतर अगो की आक्रांति के ग्रथियो की क्रिया मे भी गडबडी नजर आती हे। यह निम्न ल

हे—समय से पहले बूढ़ा होना (उम्र से बड़ा लगना), स्त्रियों में समय से पूर्व रजोनिवृत्ति, पुरुषों की यौन सक्रियता में हास, यहां तक कि नपुंसकता भी। कुछ रोगियों में दोतरफे कुष्ठज वृषणशोथ तथा परिवृषणशोथ और इसके बाद उनके कठोरन के फलस्वरूप शुक्राणु निर्जीव हो जाते हैं। इन स्थितियों में स्त्री का वध्यापन पति के वीर्य में शुक्राणुओं की अनुपस्थिति के कारण होता है।

कुष्ठ-पर्विका का ऊतगदलोचन—सुचर्म में योजक ऊतकों की परतों के बीच से लेकर पिटिकामय परत तक केशिकीय अंतर्स्यदन का स्थानीय संचय पाया जाता है। ये अंतर्स्यदन उपकलावत कोशिकाओं, लसकोशिकाओं, रेशाकुरो, प्लाज्मा-कोशिकाओं, अल्प मात्रा में ऊतकोशिकाओं और विखोव-डानिएल्सेन-निरूपित कुष्ठ कोशिकाओं से बने होते हैं। अंतिम जो कुष्ठार्थिक प्रकार के कुष्ठ के लिये विशेष लक्षक होते हैं, ये बड़ी गोली जैसी कोशिकाएँ हैं, जिनका प्रोटोप्लाज्म हल्का फेन जैसा होता है, नाभिक एक या कई हो सकते हैं। इनमें कुष्ठ के अनेक वासिल और बासिलो के अपघटन-द्रव्य की गोलियाँ सिंगार के रूप में व्यवस्थित होती हैं। कुष्ठ के वासिल ट्सील-नील्सेन की विधि से सरलतापूर्वक रजित हो जाते हैं और अतर्स्यदो में बहुत बड़ी मात्रा में होते हैं—कोशिकाओं के भीतर भी और बाहर भी, साथ ही लसीय झिरिंधो और कुभिक फाको के बीच भी। योजक ऊतकों के रेशे (कोलाजनी और प्रत्यास्थ) अंतर्स्यदन के क्षेत्र में श्लथ (ढीले-ढाले) हो जाते हैं, जगह-जगह खुरचनों जैसी स्थिति दिखने लगती है, लेकिन अंतर्स्यदन और परिचर्म के बीच तथा अतर्स्यदन-केद्रों के बीच ये रेशे पूर्ववत् बने रहते हैं। स्वेदक और वपाल ग्रथिया कुपोषित हो जाती हैं।

निदान में यह महत्वपूर्ण है कि पहले चर्म और श्लेष्मल झिल्ली पर रोग की रूपलोचनी अभिव्यक्तियों का ही अध्ययन किया जाये, क्योंकि नर्वतत्र और विशेषकर आंतर अंगों की आक्रांतिया किसी खास प्रकार के कुष्ठ के लिये विशिष्ट (लक्षक) नहीं होती। इसके बाद आक्रांति-केद्रों की गदोतलोचनी संरचना और लेप्रोमिन के प्रति शरीर की प्रतिक्रिया (लेप्रोमिन परीक्षण) का अध्ययन करना चाहिए। लेप्रोमिन परीक्षण में प्रवाहु की आकोचनी (मोड़ने वाली) सतह में अंतर्चर्म सुई दी जाती है—पिसे हुए कुष्ठार्थिक ऊतक से प्राप्त 0.1 मिलीमीटर लेप्रोमिन की, क्योंकि इन ऊतकों में हैसेन के प्रारंभिक प्रतिक्रिया के रूप में सुई के बाद 24 से 48 घंटे में रक्तस्फीति और शोफ विकसित होता है। विलंबित धनात्मक प्रतिक्रिया में दो-चार सप्ताह बाद सुई के स्थल पर एक पर्विका बन जाती है, जिसका आकार 1.0-1.5 सेंटीमीटर होता है; पर्विका में व्रणन की प्रवृत्ति होती है। विलंबित धनात्मक प्रतिक्रिया अनुकूल भविष्यवाणी का लक्षण है। लेप्रोमिन के प्रति प्रारंभिक और विशेषकर प्रतिक्रिया भविष्यवाणी का लक्षण है क्योंकि यह शरीर

की इम्यूनाजीवलोचना, रक्षा शक्तियों की बनायेगा और चमत्कारों को प्रतिनिधित्व करता है।

कुट्टाविक्र प्रकार का कृष्ण वर्णात्मक नेग्रोमन-वर्णक्षण तथा नाक की विभाजक दीवार के उपास्थिक भाग की झलमल दिक्का में विपुल संख्या में हैसन-बामिनों की प्राप्ति द्वारा लक्षित होता है। गडबडिया २५ 'नेग्रोमन' का स्पैचुला (छलनी) या पाश से खुरची जाती है और ग्लाउड पर तब इसे इम्यूना नालमन विधि से रजित करके बनाया जाता है। ऊतक-रस में अनेक वातिल अनुर्वोदन होते हैं, ऊतक-रस क्षतिग्रस्त क्षेत्र के चर्म को क्षर्णाकृत करके प्राप्त किया जाता है। ये रोगी बहुत ही छुतहे होते हैं।

गंठित प्रकार का कुष्ठ

यह कुष्ठ कभी अधिक सुदम प्रवाह द्वारा लक्षित होता है। चर्म और परिसरीय नर्वों की आक्रांति हावी रहती है। चर्म-क्षतिया तीक्ष्ण परिमीमित वर्णकहीन शिवत्र जैसी चित्तियों से या चमकीली ललछोंह नीली चित्तियों से लक्षित होती है, जिनके मध्य में पीलापन (विवर्णता, फीकापन) होता है। चित्तियों के परिणाम में बेगनी आभा की चौरस और कठोर बहुभुजी पिटिकाओं की विशेष प्रकार की सीमा होती है। पिटिकाएं संगम करके ललछोंह बैगनी या ललछोंह भूरी चौरस चर्कातथा बनाती है। ये आकार में भिन्न होती है और कहीं-कहीं बलयाकार आकृतिया बनाती हैं। इन चकतियों के मध्य में निवर्णकता और कुपाषण का धीरे-धीरे विकास होता है।

प्रारंभिक चरण में पीड़ा और तापक्रम के प्रति संवेदिता और कुछ बाट में स्पर्श की संवेदिता से संबंधित गडबडिया गंठित कुष्ठ के लिये अत्यंत लक्षक विशेषता है। शिवत्रग्रस्त रोगियों में, इसके विपरीत, इस प्रकार की संवेदिताओं को कोई क्षति नहीं पहुंचती। इसके अतिरिक्त, शिवत्र के विपरीत कुष्ठ में तनु 1 1000 हिस्टामीन के 0.1 मिलीलीटर की अंतर्चर्म सुई से वर्णकहीन चित्ति के क्षेत्र में ददौरे के गिर्द प्रतिवर्त-रक्तस्फीति सप्रेरित नहीं होती। ग्रस्त परिसरीय नर्व मोटे हो जाते हैं और गुलाब की तरह के सूजनो वाले स्थलों पर तनी हुई रस्सियों की तरह परिस्पर्शित होते हैं।

लेकिन गंठित कुष्ठ में नर्व के तनों (बड़ी शाखाओं) की आक्रांति ऐसी अभिव्यक्तियां उत्पन्न करती है, जो कुष्ठाबिक नर्वशोथ और बहुनर्वशोथ से बहुत हल्की होती है। चर्म के उपागों की आक्रांतियां (बालों का झड़ जाना, ग्रस्त क्षेत्रों में स्वेद-स्राव की गडबडिया आदि) इस प्रकार के कुष्ठ के लिये विशिष्ट है।

आंतर अंगों और अंतर्भावी ग्रंथियों की आक्रांति अपेक्षाकृत कम होती है

और स्थिति सुदम होती है

लेप्रोमिन-परीक्षण धनात्मक विलंबित प्रतिक्रिया द्वारा लंछित होता है।

पिटिका का ऊतगदलोचन—सुचर्म के ऊपरी भाग में मुख्यतः पराकुम्भिक अतर्स्यदन मिलता है, जो लसकोशिकाओं, अल्पसंख्या में ऊतकांशिकाओं व उपकलावत कोशिकाओं और सामान्य मात्रा में रेशाकुरों से बना होता है। अल्प संख्या में वासिलों से युक्त कुष्ठ-कोशिकाएं (ये विशाल प्रकार की कोशिकाएं हैं) बहुत कम होती हैं, या बिल्कुल अनुपस्थित होती हैं। अतर्स्यदन में कुष्ठार्बिक कुष्ठ की अपेक्षा कम संख्या में हैसेन-बासिल होते हैं। कभी-कभी तो वे बिल्कुल ही अनुवेदित नहीं होते, फिर भी उग्रता-काल में उनकी संख्या बहुत बढ़ सकती है।

अनिश्चित प्रकार का कुष्ठ

अल्प संख्या में फीके धब्बों की उपस्थिति से, जिनकी सीमाएं अस्पष्ट होती हैं, मापे और परिरखाए भिन्न होती हैं, निदान कठिन हो जाता है। ऐसे रोगियों में हैसेन के बासिलों का अनुवेदन विरले ही होता है। गदोलोचनी चित्र में सामान्य प्रकार के अविशिष्ट अतर्स्यदन दिखते हैं, जो विभिन्न प्रकार के चिरकालिक चर्मक्लेशों में भी मिलते हैं। अतर्स्यदों में कुष्ठ के कोई बासिल नहीं मिलते। इस प्रकार का कुष्ठ कम छुटहा होता है, रोगी की सामान्य अवस्था अक्सर अच्छी होती है, वह अपने को महसूस भी अच्छा करता है। अनिश्चित प्रकार के कुष्ठ में चर्म के अतिरिक्त परिसरीय नर्वतंत्र भी आक्रांत होता है। इसके विशिष्ट नर्वशोथ में श्वान्न (Schwann) की झिल्ली मोटी हो जाती है, परिनर्व (नर्व-आवरण) में गोल कोशिकाओं का अतर्स्यद संचित हो जाता है और कुछ नर्व-बंडलों में कुष्ठ के सायोगिक बासिल भी मिल जाते हैं।

बहुनर्वशोथ का तल्पिक चित्र वैसा ही होता है जैसा गठित प्रकार के कुष्ठ में, लेकिन गति-प्रेरण (मोटर), कुपोषण और संवेदनाओं से संबंधित गड़बड़ियां (कुपोषण व्रण, चिड़िया के पजे की तरह हाथ, घोंडे की तरह के पैर का बनना) बहुत तीव्र हो सकती हैं। हैवाना में गृहीत वर्गीकरण में पहले इस प्रकार के कुष्ठ को चित्तीग्रस्त अनसवेदक या कुष्ठ का नार्बिक रूप कहते थे।

अनिश्चित प्रकार के कुष्ठ से ग्रस्त रोगी में लेप्रोमिन की प्रतिक्रिया भिन्न हो सकती है। ऋणात्मक लेप्रोमिन-परीक्षण वाले रोगी में इस प्रकार का कुष्ठ कुष्ठार्बिक प्रकार के संक्रमण कर सकता है। धनात्मक लेप्रोमिन-परीक्षण अनुकूल भविष्यवाणी का लक्षण है। इस स्थिति में सिर्फ गठित प्रकार के कुष्ठ में संक्रमण संभव है।

मिश्र या दुरुपिया प्रकार का कुष्ठ बच्चों में (मुख्यतः तीन या इससे अधिक उम्र के बच्चों में) अपेक्षाकृत अधिक पाया जाता है, बनिस्बत कि वयस्कों में। इसमें

म पूर्ण विश्राम, वसा और मसालों पर रोक (आहार में), विटामिन B₁₂ और B₁₅, आस्कोर्बिक तथा नीकोटीनिक अम्ल, ग्लूकोज अल्कोहल, मेथिओनीन और तीव्र स्थितियों में कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोन (वच्च की दैनिक खुराक 1 मिलीग्राम प्रति किलोग्राम) प्रलिखित किये जाते हैं।

अवतीव या चिरकालिक यकृतशोथ से ग्रस्त कुष्ठ रोगी को सुल्फोन सावधानी के साथ अल्प खुराकों में दिये जाते हैं और यकृत के कार्य का नियमित रूप से परीक्षण किया जाता है। यकृत का कार्य सुधारने वाली औषधियाँ (विटामिन, B₁₂ और B₁₅, नीकोटीनिक अम्ल, लीपोकेन के साथ मेथिओनीन, ग्लूकोज, खोलोजास, आल्लोखोल आदि) और सही आहार प्रलिखित किया जाता है।

रक्ताल्पता की चिकित्सा लौह प्रसाधनों (हेमोस्टीमूलिन, अवकृत फेरस लैक्टेट आदि), विटामिन B₁₂, विटामिन बी-सकुल, आस्कोर्बिक अम्ल, आखडित (अशो में) रक्ताधान आदि से की जाती है।

‘सीबा-1906’ और एथोक्सीडुम—ये थिओयूरिया के व्युत्पाद हैं और सुल्फोनो की तुलना में कम गरलकारी हैं। ‘सीबा 1906’ (थिओकार्बोनीजीड) नित्य एक बार मुखमार्ग से सोमवार से शनिवार तक दिया जाता है—पहले व दूसरे सप्ताह में 0.5 ग्राम, तीसरे से छठे सप्ताह तक 1.0 ग्राम, सातवें से बारहवें सप्ताह तक 2.5 ग्राम और इसके बाद चिकित्सा के अंत तक 2.0 ग्राम। पूरी चिकित्सा 40 सप्ताह चलती है (रविवारों को छोड़कर); इसके बाद महीने का विराम किया जाता है।

एथोक्सीडुम मुखमार्ग से नित्य तीन बार दिया जाता है—प्रथम सप्ताह 0.1 ग्राम की खुराकों में, दूसरे सप्ताह 0.2 ग्राम की और तीसरे सप्ताह से 0.3 ग्राम की खुराकों में। जब दवा अच्छी तरह सहन होने लगती है, तब कुछ रोगियों के लिये 21वें सप्ताह से एक खुराक की मात्रा 0.5 ग्राम तक बढ़ा दी जाती है। चिकित्सा 40 दिन तक चलती है (रविवारों को छोड़कर) और इसके बाद एक महीने का विराम किया जाता है।

एटीसुल (एथिलमेर्काप्टान ग्रुप का एक यौगिक) सुल्फोनो के चिकित्सकीय गुणों में स्पष्ट वृद्धि करता है। 5 ग्राम की खुराक बारी-बारी से बाहो, वक्ष, पेट और पीठ की त्वचा में मली जाती है (सप्ताह में तीन बार), वालों वाले चर्म-क्षेत्र और चंहेरे की त्वचा को अछूता रखा जाता है। एटीसुल की जगह 10 प्रतिशत साइट्रुलफेट्रो-मलहम भी प्रयुक्त हो सकता है। मलने का काम हर बार 20 मिनट तक चलता है, इसके बाद त्वचा को एक घंटा तक अनावृत छोड़ देते हैं, फिर फुहार में स्नान कराया जाता है। साथ-साथ DDS (या आल्बोसुल्फोन) भी प्रलिखित किया जाता है—100 मिलीग्राम नित्य एक बार (चार सप्ताह तक)। अच्छी सहनशीलता

हान पर इसकी खुराक 200 मिलीग्राम तक बढ़ा दी जा सकती है। आधा मात्रा सुबह और बाकी शाम को), लैक्टिन का काम मानने वाला सलाह दिया जाता है। चिकित्सा छः महीने तक चलती है।

चालमूत्रा के प्रसाधन—इसका नल और इसके लेन हा पाउन्ड ईश्वर (मुगल) सुल्फोन-चिकित्सा के दौरान या चिकित्सा के बीच निम्न-काल में न पाए गए मापन की तरह प्रयुक्त होते हैं। चालमूत्रा के प्रसाधन जनवाम मुद्रा का संपादन में दो बार दिये जाते हैं; पहली बार सुई में 0.5-1.0 मिलीलीटर दी जाती है, फिर पन्चक सुई में 1.0 मिलीलीटर बढ़ाने हुए कुल मात्रा 5.0 मिलीलीटर तक पहुँचायी जाती है। इसका दौर कुल 30 सत्र में प्रत्येक सत्र में दस में 100 जनवाम मुद्रा दी जाती है (1.0 मिलीलीटर की मात्रा 20 सुइयों में दी जाती है, ताकि त्वचा का क्षेत्र नारंगी के छिलके जैसा दिखने लगता है)। सत्रों के बीच एक-एक महीने का विश्राम रखा जाता है। दवा का सुई द्वारा आधान पहले चर्म के ग्रन्थ क्षेत्रों में होता है, फिर उन क्षेत्रों में, जो सामान्य दिखते हैं। जिस क्षेत्र की चिकित्सा की जाती है, वहाँ फिर सुई कम-से-कम एक महीना बाद ही लगानी चाहिए।

एथियोनामीड आइसोनीकोटिनिक अम्ल का एक प्रसाधन है। इससे चिकित्सा का एक दौर छ महीनों तक चलता है। दिकिया भोजन से एक घटा पहल ली जाती है और ऊपर से पानी (अक्षारीय) पिया जाता है। पहले नित्य 0.25 ग्राम लिया जाता है, फिर पाच दिनों में खुराक 0.5 ग्राम तक बढ़ायी जाती है (दिन में दो बार आधा-आधा)। यदि दवा अच्छी तरह सहन हो जाती है, तो दैनिक खुराक 0.75 ग्राम तक बढ़ाई जाती है। (दिन में तीन बार 0.25 ग्राम)। यह 11वें दिन से किया जाता है। 50 किलोग्राम भारी रोगियों की और बड़े बच्चों की दैनिक खुराक 0.5 ग्राम से अधिक नहीं होनी चाहिए।

दवा का चुनाव और खुराक की मात्रा हर व्यक्ति के लिए अलग-अलग उसके शारीरिक गुणों के आधार पर होनी चाहिए। ऊपर प्रस्तावित खुराकें (एक, दैनिक और पूरी चिकित्सा के दौर की) वयस्कों के लिये हैं। बच्चों के लिये ये खुराकें उम्र और शरीर के भार के अनुसार होनी चाहिए; शरीर की सामान्य अवस्था और प्रतिकारिता, रोग के विकास-चरण और कुष्ठ-प्रक्रिया की प्रकृति को भी ध्यान में रखा जाता है।

चिरकालिक एवं अंतरालयुक्त चिकित्सा-विधियों की सलाह दी जाती है। दवा के प्रति अभ्यस्तता को रोकने के लिये उसे बदलते रहते हैं या विभिन्न एंटीकुष्ठ प्रसाधनों का मेल प्रयुक्त करते हैं (दो या अधिक-से-अधिक तीन दवाओं का इस प्रकार प्रयोग होता है कि कुल खुराक ज्यों-की-त्यों रहे। परस्पर सबधित दवाओं को निश्चय ही एक साथ नहीं प्रलिखित करना चाहिए (जैसे सुल्फोन और

DDS, 'सीवा-1906' और एथाक्सीडिम को एक साथ देना निरर्थक है)।

चिकित्सा की अवधि दवा के प्रति सहनशीलता, गैर के प्रकार और चरण, रोगी की अवस्था आदि घटकों पर निर्भर करती है।

एटीकुष्ठ चिकित्सा के साथ-साथ सामान्य स्फूर्तिदायक युक्तियों का सकल और विटामिनो से भरपूर पर्याप्त एवं विविध आहार भी प्रयुक्त होता है। हाल में कुष्ठ की चिकित्सा की विशिष्ट दवाओं के साथ-साथ इनकी रासायनिक चिकित्सकीय प्रभाव को बढ़ाने वाले प्रसाधनों का भी सफलतापूर्वक उपयोग हो रहा है। इनमें निम्न नाम आते हैं—4-मेथिलउरासिल (मेथामिल) और पेटीक्विसल। जब भी आवश्यकता होती है, अगसोझक, करोर्जिक, नेत्रलोचनी और कर्णकठलोचनी सहायता भी दी जाती है, आंतर रोगों की चिकित्सा की जाती है।

सफाई और हाइजिन की उचित परिस्थितियाँ बनाये रखना, रोगी को व्यक्तिगत हाइजिन के नियम समझाना, सही दिनचर्या का पालन करना और यह विश्वास दिलाना की वह पुनः स्वस्थ हो जायेगा, ये सभी बातें अत्यंत महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है। अल्कोहलिक पेय वर्जित है।

निरोध—जिस क्षेत्र से रोगी आया है, वहाँ के सभी निवासियों का परीक्षण करना चाहिए। जो लोग रोगी के संपर्क में लगे समय से थे, उनकी विशेष रूप से जांच होनी चाहिए। इन लोगों और खासकर सगे-संबंधियों का लेप्रोमिन-परीक्षण अवश्य होना चाहिए (पूर्ण तत्पिक परीक्षण और नासा-विभाजक भित्ति की खुरचनों का परीक्षण भी करना चाहिए)। ऋणात्मक लेप्रोमिन-परीक्षण वाले लोगों का सावधानी से परीक्षण करना चाहिए और निरोधक चिकित्सा देनी चाहिए।

यह ध्यान में रखते हुए कि गर्भाशय में स्थित बच्चा माँ से कुष्ठ नहीं प्राप्त करता, वह जन्म के बाद माँ के संसर्ग से इसे प्राप्त करता है, बच्चे को जन्मोपरात तुरंत रोगी माँ-बाप से अलग कर देना चाहिए।

जिस इलाके में कुष्ठ-रोगी अनुवेदित होता है, वहाँ के सभी लोगों को प्रतियक्ष्मा टीका और BCG-टीका (काल्मेट-गेरीन टीका) दी जाती है। सभी ज्ञात रोगियों को एक पृथक्कृत कुष्ठाश्रम में रखना चाहिए, जहाँ उन्हें कारगर चिकित्सा दी जा सके। एटीकुष्ठ प्रतिष्ठान से रोगी को छुट्टी देने के सुसंकेत सोवियत संघ के स्वास्थ्य मंत्रालय के विशेष आदेश (28 मई, 1962) में निर्दिष्ट हैं।

लोगों की जीवन-परिस्थितियों, सामाजिक कल्याण व स्वास्थ्य-सेवा में निरंतर उन्नति विभिन्न रोगों के निरोध में एक महत्वपूर्ण घटक है, जिनमें कुष्ठ भी एक है।

चर्म-यक्ष्मा (चर्म-गठिक्लेश)

सामान्य सूचनाएं

चर्म-यक्ष्मा सर्वा दशा म पाया जाता है। गर्भक (tuberculous) गण एवं विशेष गुण बनाते हैं, जो तत्त्विक व स्पन्दोचना विशेषताओं और पाण्डुता में भिन्न होते हैं। अधिकांश के लिये चिरकालिक एवं पुनरावर्ती रोगों विशेष लक्षण है।

हेतुलोचन—यक्ष्मा (गठिक्लेश—tuberculosis) उत्पन्न करने वाले कवकी वाक्टेरिया की खोज रोबर्ट कोख ने 1882 में की थी।

गठिक्लेश उत्पन्न करने वाले कवकी वाक्टेरिया या माइकोबाक्टेरी (मीक्रोबाक्टेरियम ट्यूबर्कुलोसिस, संक्षेप में मी-यक्ष्मा) बहुरूपी होते हैं, इनके विकासचरण विविध हैं। ये धीमे जैसे, छड़ी जैसे (बासिल), गोल और अतस्यंड होते हैं। ये गर्सिड-फास्ट और ग्राम धनात्मक होते हैं, इनकी लंबाई 2-4 मिक्रोमीटर और चौड़ाई 0.2-0.6 मिक्रोमीटर होती है, इनका कैप्सूल नहीं होता, ये स्पॉर नहीं बनाते। मी-यक्ष्मा ट्यूबिल-नील्सेन की विधि से रजित होते हैं; ये वातजीवी हैं और विभिन्न माध्यमों में जी सकते हैं। थूक (सूख गये) थूक में भी ये कई सप्ताह तक जीवनक्षम रहते हैं। 5 प्रतिशत सांद्र फेनोल-घोल को उतने ही थूक में मिलाने पर ये सिर्फ छ मंटे के बाद ही मरते हैं।

सिर्फ तीन प्रकार के मी-यक्ष्मा आदमी के लिये गंभीर महत्व रखते हैं—मानुषी (typus humanus), मवेशिक (गाय-बैल के, typus bovinus) और वातीय (typus avium)। मानुषी मीक्रोबाक्टेरी चर्म-गठिक्लेश के अधिकांश में सबसे अधिक पाये जाने वाले जीवाणु हैं, मवेशिक अपेक्षाकृत कम अनुवेदिन होते हैं (एक चतुर्थांश से पचाश केसों में) और वातीय प्रकार के जीवाणु बहुत विरले ही पाये जाते हैं।

गठिक्लेश के अन्य रूपों (क्लोमिक, अस्थीय) की तुलना में चर्म की गठिक्लेश क्षतियां बहुत विरल हैं। जीवन-परिस्थितियों तथा स्वास्थ्य-शिक्षा की उन्नति और चिकित्सा व निरोध की उपलब्धियों के कारण सोवियत संघ में अब चर्म-गठिक्लेश एक विरल रोग है। यह भी उल्लेखनीय है कि चर्म के प्राथमिक गठिक्लेश (प्राथमिक गठिक्लेश कंठघ्रण और तीव्र वर्जगिक गठिक्लेश) पहले भी विरल थे। चर्म-गठिक्लेश उन्ही लोगों में विकसित होता है, जिन्हें पहले कभी गठिक्लेश हुआ होता है, या जो शरीर के अन्य अंगों या तंत्रों के गठिक्लेश से ग्रस्त होते हैं।

गंभीरजनन—चर्म की गठिक्लेश क्षतियों के विकास की युक्ति का अभी तक पर्याप्त अध्ययन नहीं हुआ है। ऐसी धारणा है कि सामान्य चर्म मी-यक्ष्मा की जीवन-क्रियाओं के लिये अनुकूल माध्यम नहीं है, सिर्फ विशेष परिस्थितियों में ही चर्म की गठिक्लेश आक्रांति संभव है। निम्न घटकों को कुछ हद तक महत्वपूर्ण माना

जाता है—हार्मोनिक अपक्रिया, नर्वतंत्र की अवस्था, विटामिन-मातुलन की अवस्था, शरीर में जल आर खनिजों का विनिमय, कुम्भिक गडबडियाँ (रक्तस्फीति, कुम्भिक दीवारों की चर्भिता और प्रनिरोध में परिवर्तन) आदि। सामाजिक घटक भी महत्त्वपूर्ण होते हैं—जीवन-न्तर, आहार, हानिकर वृत्तिक घटक आदि। अन्य सप्रगक घटकों में जलवायवी (जैसे परावेगर्ना किरणों की कमी), सामान्य पैठी राग (खसरा, शोण-ज्वर आदि) का नाम लिया जा सकता है, जो शरीर का रक्षी प्रतिकारी बल क्षीण कर देते हैं। इमूनता और परोर्जन की अवस्था भी चर्म की गठिक क्षतियों के विकास में विशेष भूमिका निभाती है। चर्म में योजक-ऊतकीय घटकों की प्रचुरता और उनके विविध रक्षी शरीरलोचनी कार्य चर्म में बाधा डालते हैं, इसीलिये अन्य अंगों में गठिक्लेश की विभिन्न अभिव्यक्तियों के बावजूद चर्म इससे अछूता रह जाता है।

चर्म-गठिक्लेश सिर्फ चर्म के विभिन्न शरीरलोचनी कार्यों में गडबडियों के सकुल के फलस्वरूप ही विकसित होता है, जिसके साथ-साथ इमूनता में हास और संवेदीकरण का विकास प्रेक्षित होता है। ऐसी स्थितियों में नियमतः निमित्त कारणों की विपालुता और परोर्जक क्षमता बढ़ जाती है। अविशिष्ट इमूनता जितनी ही कमजोर होती है, परोर्जक सक्रियता उतनी ही सक्रिय हो जाती है (यू. स्क्रीफिन)। विशिष्ट संवेदीकरण परा-परोर्जिक सवृत्तियों और अविशिष्ट परोर्जक प्रभावों द्वारा तीव्र हो उठता है। टुबेरकूलिन के प्रति यक्ष्मा-रोगी की अतिसवेदिता से भी यक्ष्मा की संवेदीकारी क्षमता सिद्ध होती है। गठिक परोर्जीकरण की सपुष्टि स्थानिक (टुबेरकूलिन की सुई के स्थल पर) प्रतिक्रिया से ही नहीं, वरन् अधिकेंद्रों में उग्रता और पूरे शरीर की सामान्य प्रतिक्रिया (ज्वर, अस्वस्थता, कपकपी आदि) से भी होती है।

गदलोचनी क्षेत्र के ऊतकों में निमित्त कारण का अनुवेदन, पोषक माध्यम में सी-यक्ष्मा का पनपना, जतुओं में गदलोचनी द्रव्य के आधान के धनात्मक परिणाम (विशेषकर गीनिया पिग में, जो यक्ष्माकारी बासिलों के प्रति बहुत संवेदी होता है), चर्म में एक गठिवत संरचना की उपस्थिति, और इन सबके साथ-साथ टुबेरकूलिन-परीक्षण-पिर्के (Pirquet) और मटो (Mantoux) के परीक्षण के परिणाम चर्मरोग के याक्ष्मिक हेतुलोचन के प्रमाण हैं। चर्म-गठिक्लेश के अनेक केसों में (विशेषकर इसके प्रकीर्णित रूप में) ये गीतिया ऋणात्मक परिणाम देती हैं। ऐसे केसों में अधिक व्यापक परीक्षण करना पड़ता है, जिसमें पूर्ण आयुर्वृत्त (जन्म से सभी रोगों और स्वास्थ्य-अवस्था के इतिहास), माता-पिता के स्वास्थ्य, क्लोम तथा लसतंत्र की अवस्था आदि (चर्म-यक्ष्मा के प्रकीर्णित रूप में ग्रस्त 80 से 100 प्रतिशत बच्चों में क्लोम तथा लसतंत्र आक्रांत हो जाते हैं)। जटिल केसों के लाभ-प्रेक्षण के आधार पर निदान किया जाता है (किस प्रकार की दवा या चिकित्सा से लाभ होता है, इसके आधार पर—diagnosis ex

J vant bus लाभ न निगता)

चर्म-गठिक्लेश के तत्त्विक रूपों को निर्दिष्टता अनेक कारणों द्वारा निश्चित होती है, जिनमें चर्म की इमूनो-जीवनीयता प्रति-कारिता एक मुख्य भूमिका निभाती है। रोगी की उम्र का भी एक निर्दिष्टन महत्त्व होता है। कठमाल चर्मता, वृक्षा और शैवाकवत चर्म-यक्ष्मा अक्सर बचपन और कश्याय में विकसित होना है, जबकि मसंदार चर्म यक्ष्मा और कठललामी मुख्यतः वयस्कता का चिह्न करती है। जलवायवी (अभिनतिक) परिस्थितियाँ भी यक्ष्मा की जीवन-क्रिया को अनुकूल भी हो सकती हैं और प्रतिकूल भी। उदाहरणतः, क्रीमिया, काकेशिया और एशिया के निवासी यक्ष्मज वृक्षा से विरले ही ग्रस्त होते हैं।

यक्ष्माकारी वासिल चर्म में बहिर्जनित या अतर्जनित मार्ग में प्रविष्ट हो सकते हैं। प्रथम स्थिति में निम्न जीवाणु स्वस्थ व्यक्ति के चर्म में अधिचर्म के विदार या निशल्कन के मार्ग से रोगी व्यक्ति या जंतु से, अथवा किसी अन्य वस्तु से सक्रमण कर सकते हैं (जैसे कसाईखाने में)। वैसे, यह पैठनमार्ग विरल है। अतर्जनित पैठन अधिक सामान्य (प्रायिक) है—किसी अन्य अंग (क्लोम, अस्थियो, लसपर्वो आदि) में स्थित गठिक अधिकेंद्र से जीवाणु चर्म में रक्त के सहारे (रक्तजनित मार्ग से) या लसीका के सहारे (लसजनित मार्ग से) पैठन करते हैं। यह पैठन की अपवहनरीति है, जिसे प्रकीर्णित वज्रिक चर्म-यक्ष्मा, यक्ष्मज वृक्षा का प्रकीर्णित रूप आदि विकसित हो सकता है। निकटवर्ती आक्रान्त अंग से सतत प्रसार द्वारा या धूक, मल-मूत्र में उपस्थित भी यक्ष्मा के स्त्र-आधान द्वारा भी चर्म में पैठन संभव है, जैसे आत्र-यक्ष्मा से ग्रस्त रोगी के पृष्ठद्वार के गिद और क्लोमिक यक्ष्मा के रोगी की मुख-श्लेष्मला पर गठिक प्रक्रियाएँ शुरू हो जाती हैं।

चर्म की गठिक आक्रातियों का कोई पूर्ण और संतोषप्रद वर्गीकरण नहीं है। चर्म-यक्ष्मा के बहुसंख्य रूपों को दो ग्रुपों में बाटा गया है—स्थानाबद्ध (अधिकेंद्रयुक्त) और प्रकीर्णित। सामान्य वृक्षा (यक्ष्मज वृक्षा), कठमाल-चर्मता (संगलक यक्ष्मा), मसंदार चर्म-यक्ष्मा, व्रणित चर्म यक्ष्मा और बाजिन (Bazin) का रोग (कठललामी) सामान्यतम स्थानाबद्ध रूप हैं। वज्रिक गठिक्लेश, शैवाकवत चर्म-यक्ष्मा (पुराना नाम—कठमालकारी शैवाक) और पिटिकामृतिक गठिक्लेश प्रकीर्णित चर्म यक्ष्मा का गुप बनाते हैं।

स्थानाबद्ध रूप (अधिकेंद्रिक चर्मयक्ष्मा)

सामान्य वृक्षा या वृकीय चर्म गठिक्लेश

यह चर्म-यक्ष्मा का सबसे प्रायिक रूप है। यह द्विकालिक, मंद तथा प्रणामी प्रवाह और की प्रवृत्ति द्वारा लक्षित होता है। रोग अक्सर बचपन में शुरू होता

नाक (कभी-कभी तो जीवनभर) बना रहता है। पिछले समय
इसकी प्रायिकता बढ़ने लगी है।

(या सामान्य) वृका अक्सर चेहरे पर, विशेषकर नाक पर
मे), गालों, ऊपरी होठों और कभी-कभी गरदन, धड़ तथा हाथ
होता है; अक्सर यह श्लेष्मल झिल्लियों पर भी विकसित हो
प्रतिशत रोगियों में)।

से संबंधित कृतियों में निम्न आकड़े मिलते हैं—सामान्य वृका
रोगियों को क्लोमिक यक्ष्मा रहता है, 5 से 20 प्रतिशत
अस्थि-संधियों का यक्ष्मा रहता है। चर्म मुख्यतः रक्तजनित
से आक्रांत होता है। प्रक्रिया अक्सर चोटज क्षति (कटने-फटने
है, जिसमें अव्यक्त पैठन सक्रिय हो उठता है।



सामान्य वृका

रंग का आरम्भ गुलाबी का : पति न मिला - १००, पवन ३० फुट में लम्बे मटर के दाने के आकार की पिण्डिका होती है; इनका रंग गुलाबी होता है, जिस पर विभिन्न भेदना की पीला-भरी जगहों का रंग होता है, उनका सतह चिकनी और चमकीली होती है। जिस पर रक्त के शल्कन शुरू हो जाते हैं। नकारात्मक रंग में परिवर्तन होता है, जो अलग-अलग होने दे, फिर बाद में मिल जाते हैं, इनके फोन्स में रक्त का आवागमन क्षेत्र दिखाई देता है। चूंकि प्रत्यक्ष रंग बाजक ऊतकों की गुंथन के कारण पिण्डिका में पेस्ट जैसा मुलायम द्रव्य होता है, इसलिए गुंथनमात्र रक्त रक्तों की (मुलायम नहीं) से टवाने पर वह पूरा गहराई तक गड़गड़ा जाता है, रक्तमय रक्त रक्त, एक अन्य लक्षण भी है, जिसका निदान के लिये कुछ कम महत्व नहीं है (डायस्कोपी)—जब कांच के पतले पट्टे का वृक्का के अधिकेंद्र पर दबाया जाता है, रक्त विस्फारित केशिकाओं से निकलकर दूर ले जाया है और वहां का उत्तक विवर्ण हो जाता है, जिसके फलस्वरूप वृक्काब सीम सद्दृश पीले-भूरे धब्बे की तरह दिखने लगता है। भूरा रंग सेब की जेली जैसा लगता है, इसलिए रंग लक्षण को 'सेब-जेली की संवृत्ति' का नाम दिया गया है।

पिण्डिका धीरे-धीरे बढ़ती है, रंगमय रक्त आकर्षित करने के लिये बनती है, जिसमें गुल्म जैसे अधिकेंद्र होते हैं। बड़े वृक्का अतिसर्पित के रूप में बनते हैं। सामान्य वृक्का के १ प्रतिशत केस कटकाशकीय या आकार का आकार कर्काब से क्लिष्ट हो जाते हैं। वृक्कीय अतिसर्पितों के शल्क अपचायण से रक्तपापी दाग रह जाते हैं। वृक्काब के स्थल पर बनने वाले दाग चौरस, श्वताभ और दृक्ने में सिगरेटी कागज जैसे होते हैं। वृक्कीय क्षतिया कुपोषी दाग के स्थल पर दुबारा भी उत्पन्न हो सकती है (गदोचीनक चिह्न)। सामान्य वृक्का के कई तल्पक रूप हैं, जो पर्विकाओं के बाह्य रूप, किन्हीं विकसित-चरणों के प्रावर्त्य और रंग-प्राक्रिया के प्रवाह द्वारा विभेदित होते हैं।

ऊपर वर्णित मुख्य रूप को चौरस वृक्का कहते हैं, जिसके दो भेद हैं- चौरस चित्तीनुमा वृक्का और चौरस गठिक वृक्का। प्रथम में वृक्काब त्वचा से ऊपर उभरे हुए नहीं होते, दूसरे रूप में वृक्काब त्वचा से ऊपर उभरकर गांठों की तरह मोटा (और परिमिता) धब्बे बना लेते हैं।

गुल्मवत वृक्का ऐसी अवस्था है, जिसमें गुल्म जैसी मुलायम क्षतिया उत्पन्न होती है; दरअसल ये नहीं, परम्पर सन्नीन पर्विकाओं का जमघट होती है। ये कान और नाक की नोक पर स्थित होती हैं और इनमें व्रण्य अपघटन की प्रवृत्ति होती है।

ललाटीवत सामान्य वृक्का प्रचंड अनिरक्तिल अधिकेंद्रों और स्पष्ट अतिशृंगिता

द्वारा लक्षित होता है

शल्की वृक्का मे शृंगी परत ढीली हो जाती है और वृकीय अधिकेंद्र पर स्पष्ट शल्कन शुरू हो जाता है।

अतिकुपोपी मसेदार वृक्का मे वृक्कार्वा पर कीलक जैसे बड़े-बड़े अतिशृंगिक प्रवर्ध बन जाते है।

विग्रणित वृक्का अधिकेंद्र के विस्तृत व्रणन द्वारा लक्षित होता है। व्रण सतही होते है और उनकी परिरेखाएं अनियमित एवं शुक्तिक होती है। किनारिया मुलायम और सुरगित होती है और तली गंदे-भूरे कीलक जैसे कणीकरण से ढकी होती है और सरलतापूर्वक रक्त-स्राव करने लगती है।

कुछ केसो में गहराई पर स्थित ऊतक (उपास्थिया, अस्थिया, मधिया) भी विनाशकारी व्रणन की चपेट में आ जाते है। इससे विकलागता, रेशेदार व गुल्मवत क्षतांक, नाक, कान, पलक, उगलियो और हाथ-पैर के आकार में विकृति उत्पन्न होती है (विकलांगकारी वृक्का)। नाक की विभाजक भित्ति और उपास्थि के नष्ट होने से वह चिड़िया की चोंच जैसी छोटी और नुकीली हो जाती है। पलकों का उलटना (विवर्तन), मुंह का सकरा होना, कर्ण-पालिका और कर्ण-कुहर की विकृति भी पायी जाती है। इन सबसे रोगी बदशक्ल हो जाता है।

श्लेष्मल वृकीय गठिक्लेश नाक और मुंह की श्लेष्मलाओं की आक्रांति है, जो कभी-कभी असंपृक्त भी होती है। मुंह में मसूढ़ों और कठोर तालू की श्लेष्मल झिल्लियां रोग-प्रक्रिया के प्रिय स्थल हैं। शुरू में बाजरे के दाने जैसी नन्ही नीलाभ लाल गठिकाएँ उत्पन्न होती हैं; ये इतनी पास-पास होती है कि ग्रस्त क्षेत्र की सतह दानेदार दिखने लगती है। उनमें निरंतर चोट आदि लगते रहने से वे व्रणित होने लगती है। व्रणों की सीमा अनियमित शुक्तिक (सीप की सीमारेखा जैसी) होती है और तली कणदार (दानेदार) होती है। इनसे सरलतापूर्वक रक्त रिसने लगता है और ये एक पीली झिल्ली से आच्छादित होते है। व्रणों के गिर्द यदाकदा गंठिकाएँ भी नजर आती है। प्रक्रिया वर्षों तक चलती रहती है, बहुत धीरे-धीरे आगे बढ़ती है और इसके साथ-साथ लसग्रंथिशोथ व श्लीपद भी शुरू हो जाते है। जब क्षतिया त्वचा पर भी पायी जाती है, तब निदान सरल हो जाता है। नासा-श्लेष्मला की आक्रांति गहरे नीले रंग के मुलायम पर्विकीय अतर्स्यदन द्वारा लक्षित होती है, जो सरलतापूर्वक रक्त रिसाने वाले व्रण बनाते हुए अपघटित हो जाता है। उपास्थि के नष्ट हो जाने के कारण नाक पर एक आरपार छेद बन जाता है। चेहरे के चर्म में सामान्य वृक्का की आक्रांति से पूर्व नासा-श्लेष्मला में क्षति उत्पन्न होती है।

अन्य रूप भी वर्णित किये गये हैं—बुसनरूपी सामान्य वृक्का, जिसमें शृगन प्रक्रिया में गडबडी के कारण हल्का शल्कन होने लगता है खर्जुरूपी सामान्य वृक्का

जिसमें शल्को पर चादी की तरह चर्मकीनी आभा हानी, जिसमें सामान्य वृका, जिसमें केंद्रस्थ वृकाव नव कुपोषी क्षताएँ बनाना तथा अंगभंगिण हो जाना, पाँसर पर (और पुगने वृकार्ब की जगह भी) नये वृकान उत्पन्न होने लगन ह। इन स्थितियों में अधिकेंद्रों का परिग्रेखाण विन्कल भिन्न प्रकार का हो जाती ह। सामान्य वृका के अन्य रूप भी हैं, जस—अपशल्की, पस्तग्वन, लव्हीग्वन।

सामान्य वृका अक्सर निम्न रोगों से विलप्ट हो जाता है—चर्मशाण स (नाक, हाँठ, पैर के रोगग्रस्त चर्म-क्षेत्र पर), लसकुभीशांथ से, एक पुर्यकारी प्रक्रिया से (इपेटिग वृका) और चर्मकर्कार्ब (कर्कार्बी वृका) से, जो विशेष खतरनाक होना ह, यह कुपोषी वृकीय क्षताओं के परिग्रेक्ष्य से विकसित होता है। कर्कार्बी वृका अधिकांशतः उन लोगों के चेहरे के चर्म पर होता है, जो बहुत लंबी अवधि से सामान्य वृका की चपेट में रहते हैं।

ऊतगदलोचन—सुचर्म में गठिकाएँ उत्पन्न होती हैं, जो उपकलीय एवं विशाल कोशिकाओं से बनी होती हैं और लसकोशिकाओं के एक क्षेत्र में घिरी रहती हैं। लांगहान्स (Langhans) की विशाल कोशिकाएँ गठिका के मध्य में होती हैं। परिसरीय क्षेत्र में लसकोशिकाओं के अतिरिक्त प्लाज्मा-कोशिकाएँ भी बहुत बड़ी संख्या में उपस्थित रहती हैं। गठिकाओं में पनीर-सदृश विभूति नहीं होती, या बहुत कम होती है। यत्र-तत्र ऐसी भी कुभियाँ मिलती हैं, जिनका आवरण बदल चुका होता है और यहाँ तक कि छेद (भीतरी मार्ग) भी अवरुद्ध रहता है। मी-यक्ष्मा मुश्किल से मिलते हैं और बहुत ही कम संख्या में होते हैं। कभी-कभी विशाल कोशिकाओं से युक्त विसरित लसवत अंतर्सर्दन का पता चलता है; उसमें कोलाजनी प्रत्यास्थ ऊतक नहीं होते। अधिचर्म में परिवर्तनों की प्रकृति द्वितीयक होती है—अतिशृंगनता, कंटलयक्लेश और पिटिकार्बक्लेश (मसेदार वृका में)। वृकीय व्रणों की किनारियों पर अधिचर्म स्पष्ट कंटलयन की अवस्था में होता है। वृकीय अंतर्सर्दन कभी-कभी क्षताओं के क्षेत्र में बचा रह जाता है, जिससे क्षताकित ऊतक पर वृकार्ब का पुनरावर्तन हो जाता है।

निदान निम्न पर आधारित होता है—रोग के तल्पिक लक्षणों, वृकार्बों के लच्छक गुण ('सेब की जेली' और पोस्पेलोव के लक्षण), उनके स्थान, प्रक्रिया के प्रवाह, क्षताओं की प्रकृति।

विभेदक निदान गठिकीय सीफिलिस, कुष्ठ व लेइशमैनता के गठिवत रूपों, अशुकवकता, ललामक्लेशिक वृका के डिस्कवत (डिस्कोइड, चकतीनुमा) रूप के साथ किया जाता है। गठिकीय सीफिलिस में गठिकाएँ कठोर होती हैं, अधिकेंद्रों के रूप में व्यवस्थित रहती हैं, उनमें सगम की प्रवृत्ति नहीं होती। अन्य बातें—डायस्कोपी और पोस्पेलोव लक्षण ज्ञात करने के परिणाम — — — होते हैं गठिकाओं के

अपचोषण के बाद क्षताओं की मोजक जैसी सज्जा बन जाती है (अनियमित तलाकृतियों और असमरूप वर्णकता के कारण), अपचोषण के बाद नयी गठिकाएँ नहीं बनती, प्रक्रिया का प्रवाह अपेक्षाकृत तीव्र होता है (कुछेक सप्ताह से कुछेक महीनों में, लेकिन वर्षों तक कभी नहीं चलती), कुछ केसों में सीरमलोचनी परीक्षण के धनात्मक परिणाम। कुष्ठ के गठिवत् रूप की निम्न विशेषताएँ हैं—ग्रस्त चर्म-क्षेत्र से पीड़ा एवं तापक्रम की संवेदना का लोप, क्षतियों की बहुरूपता (चित्तीनुमा, पिटिकीय, गठिकीय क्षतियाँ); पिटिकाओं व गठिकाओं की कठोर बनावट तथा जंकाह भूरी आभा; चर्म में पोषण सबधी विस्तृत गडबड़ियाँ, वृकार्ब के ऊतक-द्रव के सूक्ष्मदर्शन से हांसेन के बासिलो का अनुवेदन। चर्म-लेइशमैनता के गठिवत् रूप के निदान में महत्वपूर्ण बातें निम्न हैं—आयुर-वृत्त (जैसे रोगी का बहुमारी-क्षेत्र में रह चुकना); लेइशमैनार्ब के स्वस्थ होने पर क्षतांक के गिर्द गठिकाओं का अवस्थित होना, लेइशमैनार्ब के गिर्द मोती जैसे स्थूलन के रूप में लसकुभीशोथ का विकास, खुले चर्म-क्षेत्रों पर गठिकाओं की स्थिति; गठिकाओं का शीघ्र प्रचुर पूयस्राव के साथ वर्णन; निमित्त जीवाणु का अनुवेदन। अंशुकवकता में गठिकीय क्षतियाँ विरल हैं, वे कठोर होती हैं, उनमें परस्पर सगम की प्रवृत्ति होती है। नासूरो के मुँह कठोर अतर्स्यदन से घिरे होते हैं। द्रव पूय में पीले पनीर जैसे दाने दिखाई देते हैं (आक्तीनोमीत के इजेन)। सामान्य वृका के कुछ रूप (जो नाक व गालों पर स्थित होते हैं और शल्कन व अतिशृंगनता से लक्षित होते हैं) ललामक्लेशिक वृका से मिलते-जुलते हो सकते हैं। कुछ केसों में बिओप्सी (बायोप्सी) तथा ऊतलोचनी परीक्षण की सहायता लेनी पड़ती है।

चिकित्सा—विटामिन D₂ (दैनिक खुराक 30000-50000-100000 U) और फ्थीवाजिड या इजोनिआजिड (0.3-0.5 ग्राम दिन में तीन बार, कुल खुराक 100-2000 ग्राम) मुखमार्ग से दिया जाता है। स्ट्रेप्टोमीसिन की सुइयाँ (दैनिक खुराक 0.5-1.0 ग्राम) की कुल खुराक 100 ग्राम प्रलिखित की जाती है। ये दवाएँ उपचारकर्ता की सतत निगरानी में दी जाती हैं, क्योंकि इनसे अवांछनीय प्रभावों एवं क्लिष्टताओं के उत्पन्न होने का खतरा रहता है। PAS तथा अन्य एंटी-गठिक्लेशिक दवाएँ कम असरदार होती हैं। एक्स-रे से विकिरणन वृका के गुल्मिक, पिटिकार्बी, मसैदार एवं व्रणीय रूप से और श्लेष्मल झिल्लियों के तीव्र अतर्स्यदन में सुसंकेतित है। प्रकार-चिकित्सा (धूप या कार्बन-आर्क से युक्त लैंप के प्रकाश का सेवन) बहुत कारगर होती है, लेकिन उन्हीं लोगों के लिये प्रयुक्त हो सकती है, जिनके क्लोम (फुफ्फुस; फेफड़े) में गठिक्लेशिक प्रक्रिया सक्रिय नहीं होती है। नमकहीन आहार सुसंकेतित है।

बाह्य चिकित्सा का उद्देश्य है ————— **ऊतकों को नष्ट कर देना** इसके

लिये 10-20-50 प्रतिशत साइ प्रायोगिक-सन्तान, 7 प्रतिशत साइ आर्गेनिक-पस्ट
 30 प्रतिशत साइ रेजार्मिनेशन-पस्ट, और 50 नोट्स 14 आर्गेनिक-पस्ट का उपयोग होता है।
 श्लेष्मला पर स्थित वृक्षांश को नैक्टिक-जन्म के 50 प्रतिशत साइ पाला बाग या
 पिओसिड द्वारा जला देते हैं। सीमित आक्रान्ति जन्म पर कभी कभी अधिकेंद्र का
 करोजिक निधि में दूर करके गन्धर्व से चिकित्सा उन्मत्त या निद्रा दिया जा सकता
 है। कुटाली केमो में उपयुक्त दवाओं तथा निर्वाह-गर्भितों का भवन भी सुवर्धित
 है। ऐसे रोगियों का इलाज और परीक्षण नियमित रूप से होना चाहिए।

भविष्यवाणी—सामान्य वृक्षा लंबे समय तक बना रहता है। कुछ केंसों में
 आक्रान्ति-केन्द्रों में विकास की कोई प्रवृत्ति नहीं होती, चिकित्सा नदी करने पर भी
 वे वर्षों तक ज्यों-के-त्यों बने रह सकते हैं। अन्य केंसों में गटलोचनी प्रक्रिया
 नये-नये चर्म को ग्रस्त करते हुए बहुत मंद गति से प्रसारित होती है। ऐसा प्रसार
 सहवर्ती रोगों, प्रतिकूल जीवन-परिस्थितियों तथा अन्य घटकों से प्रोत्साहित होता
 है, जो शरीर के रक्षी बल को और उसकी प्रतिकारिता को क्षीण करते रहते हैं।
 चयासमय उठाये गये आवश्यक कदमों, विवकसंगत चिकित्सा, केलोरी समृद्ध
 आहार और उचित देखभाल से रोगी सामान्य जीवन में और काम पर लौट सकता
 है।

कंठमाल-चर्मता या संगलक चर्म-यक्ष्मा

कंठमाल-चर्मता चर्म-यक्ष्मा का बहुत ही सामान्य रूप है और लगभग निर्फ
 बचपन और कैशोर्य में होता है। इसके दो रूप हैं—प्राथमिक कंठमाल-चर्मता,
 जिसमें क्षति किसी निश्चित चर्म-क्षेत्र में बनती है (रक्त द्वारा वहां यक्ष्माकारी
 बासिलो के पहुंचने से, ये अक्सर एकल एवं अलग-अलग आक्रान्तियां होती हैं),
 और द्वितीयक कंठमाल-चर्मता (जो अधिक प्रायिक है), दूसरे रूप में पैठन
 यक्ष्माग्रस्त लसपर्वों से (और अपेक्षाकृत कम केंसों में अस्थिरों तथा अस्थि-संधियों
 से) सतत प्रसार द्वारा फैलता है।

रोग चर्म का अवचार्म वसा में अपेक्षाकृत कठोर, अंडाकार व गहराई पर बैठी
 गठिकाओं द्वारा लक्षित होता है। वे बैंगनी-लाल, पीडाहीन और हल्की-सी कोमल
 होती हैं। गठिकाएँ बाद में मुलायम हो जाती हैं और आपस में संगम करने लगती
 हैं, गठिकाओं का मुलायम जमघट बना लेती हैं, गलने लगती हैं, फिर विद्रधियों में
 परिणत हो जाती हैं, जिनमें नासूर और व्रण विरचित होने लगते हैं। व्रण सतही
 होते हैं, इनकी आकृति अनियमित होती है, किनारियां मुलायम, चिकनी, नीली
 और सुरंगित होती हैं। वे दानों से तथा पनीरी अपघटन की टूटनों से आच्छादित
 होते हैं जब व्रण ठीक हो जाता है विशेष प्रकार से ऐंठे हुए अनियमित आकृति

के) सेतु-सदृश दाग रह जाते हैं, जिन पर बड़े लोम होते हैं। ये शरीर को कुरूप करते हैं। कठमाल-चर्मता के प्रिय स्थल निम्न हैं—गले की पार्श्व सतहें, अवजंभी एवं अधिजंभी (जबड़े के नीचे व ऊपर के) क्षेत्र, कर्णशंख के गिर्द, अवजत्रुक एवं अधिजत्रुक (हंसुली के नीचे व ऊपर के) क्षेत्र और अस्थि-संधियों के गिर्द चर्म-क्षेत्र। कठमाल-चर्मता अक्सर अस्थियो, संधियों आखों और क्लोमो के गठिक्लेश तथा चर्म-यक्ष्मा के अन्य रूपों (सामान्य वृका, मसेदार गठिक्लेश) के साथ-साथ ही होती है।

ऊतगदलोचन—पनीरी (छेने जैसा) अपघटन और बहुसंख्य लसकोशिकाएँ गठिका के मध्य भाग में पायी जाती हैं। विमृत क्षेत्र अंतर्स्यदन से घिरा होता है, जो लसकोशिकाओं, प्लाज्मा-कोशिकाओं से बनता है। अंतर्स्यदन के क्षेत्र में नवसर्जित रक्त और लसकुभिया अवरोद्ध अवस्था में होती हैं (उस अंतर्स्यदन के क्षेत्र में, जिसका अभी अपघटन नहीं हुआ है)। मी-यक्ष्मा गदलोचनी प्रसाधनों में कहीं अधिक प्रायिक रूप से मिलते हैं, बनिस्बत कि सामान्य वृका में।

निदान—कठमाल-चर्मता का निदान तल्पिक लक्षणों और पिर्के-परीक्षण पर आधारित होता है (परीक्षण का परिणाम सुदम प्रक्रिया वाले बड़े बच्चों में तीव्र धनात्मक होता है, लेकिन छोटे बच्चों में विरोधाभासी होता है)। रोग-वृत्त, तल्पिक, एक्स-रे तथा ऊतलोचनी परीक्षण भी ध्यान में रखे जाते हैं।

विभेदक निदान मुख्यतः सीफिलिसी रालार्ब, अशुकवकता के रालार्बिक पर्विकीय रूप, चिरकालिक व्रणित चर्मपूयता और बाजिन-रोग के साथ किया जाता है। सीफिलिसी रालार्ब में सिर्फ केंद्रीय अपघटन होता है और वहाँ क्रेटर जैसा व्रण बन जाता है, जो कठोर अंतर्स्यदन की एक परिमा (rim) से घिरा होता है, सीरमलोचनी परीक्षण का परिणाम अक्सर धनात्मक होता है और बिओक्वीनोल से आजमाइशी चिकित्सा करने पर रालार्ब अपचोषित हो जाता है। रालार्बिक-पर्विकीय अशुकवकता (गरदन पर या अवजंभी क्षेत्र पर) अपेक्षाकृत कठोर, वृहत्, अर्ध गोलाकार पर्वों के विरचन द्वारा लक्षित होती है। वे एक अंतर्स्यद के रूप में सगम कर जाते हैं, जो काठ की तरह कठोर होता है; इसके केंद्र में नासूर के मुहाने के साथ-साथ मुलायमियत विकसित होती है। इसमें से पीले पनीरी दानों (डूजेन) से मिश्रित पूय स्रावित होता है।

चिरकालिक व्रणित चर्मपूयता नियमतः वयस्कों को होती है और बहुरूप सतही व गहरे चर्मपूयसों द्वारा लक्षित होती है, जिनमें लसपर्वों के पड़ोस में (निकट) विरचित होने की कोई प्रवृत्ति नहीं होती; व्रण के गिर्द शोथी प्रतिक्रिया होती है। बाजिन-रोग को कठमालचर्मता से तभी विभेदित करना पड़ता है, जब वह पिडलियों पर स्थित होता है बाजिन की कठललामी में क्षतियाँ सममित रूप से

व्यवस्थित होती हैं, पॉर्विकाएं उभरी हटं नतीं हानी (मिफ नॉन्म विनारिण भतग्यदन होता है; व्रणन की कम प्रवृत्ति होती है, यह राग निशपकर नर्वकियो का यॉन-परिपक्वता की अर्वाध में हॉना है)।

चिकित्सा—निम्न द्वारा पर्लिखिन होती है— फर्षीवाजीड (कुल खुराक 100-200 ग्राम) तथा इजोनीकोटिनिक अम्ल हिडाजीन (हाइड्राजाइट) के अन्य प्रसाधन (इजोनिक्वाजिड, सालूजिड) दैनिक खुराक 0.75-1.0 ग्राम; म्प्रेनोमीसिन नित्य 1.0 ग्राम (कुल खुराक 100 ग्राम तक), सोडियम-पैग अर्मीनोसालीसीलेट (सांडियम-PAS, 'वेपास') नित्य 8.0-12.0 ग्राम (कुल खुराक 600-800 ग्राम), फीटिन और फोस्फेन। सूर्य-चिकित्सा और परावैगनी विकिरण भी कारगर उपाय है। कुछ केसों में करोर्जन की सहायता ली जाती है। बाह्य चिकित्सा में निम्न प्रसाधन प्रयुक्त होते हैं—एथोक्सीडिअमिनोआक्रीडीन लैक्टेट और गोटाशियम परमैंगनेट के लोशन, 10 प्रतिशत सांद्र आयोडोफोर्म-इमल्शन नासूर में सुई द्वारा आधानित होता है।

भविष्यवाणी—रोग का चिरकालिक प्रवाह महीनों और वर्षों तक चलता रहता है, बीच-बीच में कभी-कभी कुछ समय के लिए उपशमित भी होता है। हल्के केस आधुनिक रीतियों से सफलतापूर्वक ठीक हो जाते हैं। व्रणन-प्रक्रिया के बहुत आगे बढ़ जाने पर भविष्यवाणी कम अनुकूल होती है।

मसेदार चर्म-यक्ष्मा

रोग अधिकांशतः वयस्को को होता है और उनमें भी ज्यादातर पुरुषों को, लेकिन रोगियों की कुल संख्या सामान्य वृद्धा के रोगियों की संख्या से आधी होती है। मसेदार यक्ष्मा ज्यादातर उन लोगों को होता है, जो आदमी और जंतु के मृत अंगों में उपस्थित गॉंठिक्लेशिक द्रव्य के संपर्क में अपनी वृत्ति (जीविका) के कारण आते हैं (जैसे जंतु-करोर्जक, गदलोचक, कसाई, बूचड़खाने के कर्मी आदि को)। वे लोग भी अक्सर ग्रस्त हो जाते हैं, जिन्हें यक्ष्मा के सक्रिय रूप से पीड़ित लोगों की देखभाल करनी पड़ती है (जैसे आयुर्-कर्मी)। इन स्थितियों में रोग अतिपैठन के फलस्वरूप उत्पन्न होता है। क्लोम, आत आदि के यक्ष्मा के खुले रूपों से ग्रस्त रोगियों में मसेदार यक्ष्मा स्व-आधान के फलस्वरूप विकसित हो जाता है।

क्षतिया अक्सर हथेली के पीछे और उगलियों पर स्थानाबद्ध होती है, गोड पर अपेक्षाकृत विरले ही होती है। पहले मटर के दाने जितने बड़ी, कठोर, नीली-लाल गठिका उत्पन्न होती है (शक्गठिक)। यह एक चौरस कठोर पैबद में परिणत होता जाता है, जिसकी सतह पर मसे बनते हैं और बड़ी-बड़ी शृंगी परते बैठती है। मसेदार यक्ष्मा के विकसित अधिकेंद्र में तीन कटिबंध होते हैं—परिसरीय

मा), मध्य (कठोर कीलक-सदृश उभार, विदार तथा खड्डिया) और रूप गटिकीय सतह से युक्त कुपोषित चर्म-क्षेत्र)। अपचोषण व र क्षर्णांकित होते हैं। क्षेत्रीय लसकुभिया और लसपर्व भी अवस गेट में आ जाते हैं। जब (मास) कीलक जैसी विरचना को टबाय की तरफ से पूय की वूदे निकल आती है, यह उप-अधिचार्म सूक्ष्म है। मुख्य अधिकेंद्र के परिसर पर नयी पर्वकाण और नये पैवद ने हैं, जो बाद में सगम कर जाते हैं।

के अपचोषण के बाद कुपोषज क्षतांक रह जाते हैं; सामान्य वृका व स्थलों पर नयी क्षतियां नहीं उत्पन्न होती हैं। रोगी की सामान्य सतोषप्रद होती है। टुबेरकूलिन-परीक्षण के परिणाम 80 से 96 ' में घनात्मक होते हैं।

नोचन—कटलवक्लेश, अतिशृंगनता और पिटिकार्बक्लेश पाये जाते नीचे बहुरूप-नाभिकीय श्वेतकोशिकाओं और लसकोशिकाओं से श्री अंतर्स्पंदन दिखाई देता है। अधिचर्म की कांटल परत में यत्र-तत्र भी मिलती है। हल्की पनीरी (छिने जैसी) विमृति वाली विशिष्ट सर सुचर्म के मध्य भाग में अवस्थित रहती हैं। कुछ केसो



मसदार चर्म-यक्षा

अग्निशय्य शाब्दा अनुरूपन ॥ गारा नाग गन्ध ना रसायन म मा गन्धा अधिक अक्सर और आधेन मन्धा मे भवनेन हे, नीनस्यन कि भाषान्य वृका मे।

निदान के आधार निम्न १ - तिलिक चित्र । त्रिपेन्द्र के वायु पर वसनी-नाल मीमा और उगके नीन कर्शवधो की उपस्थिति), पर्वक ॥ का स्थान, उन्नताननी परीक्षणो के परीणाम, रुधिरकूलिन-परीक्षण के, धनात्मक परीणाम, मोनना पिग म ऊतक-द्रव आधान करने के परीणाम । पनपू चमपुगता मे (इसके विपरीत) स्पष्ट शोथ और प्रचुर पूय-साव होता हे (जब 'पंचद' को किनारियो पर दबाया जाता हे) । अकुरी कवकता, वर्णकवकता और स्पारज लोमकलेश में मृलायम रिसानु अतर्पदन होता है, जिससे विशिष्ट प्रकार का साव निकलता हे । इन चिरकालिक कवकताओ के निदान की पुष्टि बाक्तरिओस्कोपी और कृतलोचनी परीक्षण से हो जाती है । कटकोशिकीय कर्कार्ब प्राकृतिक छिद्रो (मुहानों) के पड़ोस में सममित रूप से अवस्थित होता है और कम समय में ही व्रणित होने लगता है ।

चिकित्सा—गठिक्लेशिक (याक्षिक) चर्म-क्षतियों के लिये प्रयुक्त सामान्य चिकित्सा के अतिरिक्त तीक्ष्ण लोलनी से खुरचन, पारतापीय स्कंदन और एक्स-रे-चिकित्सा का भी उपयोग होता है ।

भविष्यवाणी—अक्सर अनुकूल होती हे, यद्यपि रोग प्ररक्षित चिरकालिक प्रवाह भी ग्रहण कर सकता है ।

चर्म और श्लेष्मल झिल्लियों का व्रणित यक्ष्मा

इस रोग को वर्जरिक व्रणित यक्ष्मा भी कहते है । अन्य नाम भी है—द्वितीयक याक्षिक (गठिक्लेशिक) व्रण, मुहानो का चर्म-गठिक्लेश । चर्म-यक्ष्मा का यह विरल रूप आंतर अंगों (क्लोमों, कंठ, आंत, गुर्दों) के यक्ष्मा से पीड़ित रोगियो में पाया जाता है और उनमे यह रोग स्व-आधान के सहारे उत्पन्न होता है । क्षतियां अक्सर प्राकृतिक छिद्रों (मुहानों) के समीप उत्पन्न होती हैं, जहां चर्म सतत रूप से श्लेष्मल झिल्ली में सक्रमण कर जाता है (प्राकृतिक छिद्र है—मुह, नाक, पृष्ठद्वार, लिंगपूग) । मी-यक्ष्मा रोगी के धूक तथा मूत्र के साथ निकलते हैं और चर्म या श्लेष्मल झिल्लियो मे आरोपित हो जाते हैं ।

पिन के सिर जैसी छोटी पीताभ-लाल पर्विकाएं अक्सर अप्रेक्षित रह जाती हैं, क्योंकि वे तेजी से पिपिकाओ में परिणत हो जाती हैं, जो खुलकर सगम कर जाती है और बड़े-बड़े व्रण बना लेती है । व्रणो की किनारिया मुलायम, हल्की लाल, सीप की तरह वक्र (शुक्तिक) और सुरगित होती है; तली असमतल दानेदार होती है, कणीकरण अल्प और भूरा होता है । तली से अक्सर रक्त रिसता है और वह अपूर्ण पूय-सीरमी झिल्ली से ढकी रहती है । पीली गठिक्लेशिक गठिकाओं के पनीरी

अपघटन से व्रण की तली और उसके गिर्द छेने जैसे कण जमा हो जाते हैं (ट्रेलाट के कण)। आक्रान्ति के अधिकेंद्रों के गहरे होने और उनके विसर्पी प्रसारण के लिए जिम्मेदार ये ही कण हैं। व्रण बहुत ही कोमल होते हैं, जिससे खाना (यदि प्रक्रिया मुह में अवस्थित है) और मल-विसर्जन (यदि क्षति पृष्ठद्वार के क्षेत्र में है) कठिन हो जाता है।

वाक्तेरिओम्क्रोपिक विश्लेषण से ढेर सारे मीकोवाक्तेरी मिलते हैं। इन रोगियों में ट्यूबर्कूलिन-परीक्षण ऋणात्मक होता है, क्योंकि इमूनोजनन भयानक रूप से निढाल हो जाता है और अनूर्जिता की अवस्था आ जाती है।

ऊतगदलोचन—ऊतलोचनी चित्र अविशिष्ट शोथी अतर्प्यदन द्वारा लछिन होता है, जिसमें मीकोवाक्तेरी अनुवेदित होते हैं।

निदान के आधार निम्न हैं—तल्पिक चित्र, आतर अंगो में सक्रिय यक्ष्मा और ट्रेलाट (Trelat) के कणों की उपस्थिति और सूक्ष्मदर्शन से मीकोबाक्तेरियों का अनुवेदन। कुछ स्थितियों में चर्म के व्रणित यक्ष्मा को पहचानने में किसी अंग में यक्ष्मा का ज्ञात होना भी सहायक सिद्ध होता है।

द्वितीयक सीफलिस के व्रणित सीफलड के साथ विभेदक निदान में इसकी क्षतियों की तली और किनारियों की कठोरता, स्नायु में त्रेपोनेमा पालीडुम के अनुवेदन, द्वितीयक अवधि के अन्य लक्षणों और रक्त के सीरमलोचनी परीक्षण के धनात्मक परिणामों को ध्यान में रखा जाता है। तृतीयक सीफलिस की गठिकाएँ गहरे व्रण बनाती हैं, जिनकी आकृति सही गोल होती है, किनारी रिम की तरह कठोर उभरी होती है; ये व्रण लंछक रूप से पीड़ाहीन होते हैं। सामान्य वृक्का के व्रणित रूप में 'सीक' और 'सेब की जेली' के लक्षण देने वाले लछक वृक्कार्ब व्रणित-सतह के परिसर पर उत्पन्न होते हैं। ट्यूबर्कूलिन परीक्षण के धनात्मक परिणाम को और इस बात को कि रोगी अपने को काफी अच्छा महसूस करता है, ध्यान में रखना चाहिए। कठव्रण-सदृश व्रणों के साथ-साथ तीव्र शोथ, प्रचुर पूय-स्नायु, परिसर में सतान-क्षतियों (daughter lesions) और कठव्रण की गिल्टी की अक्सर उपस्थिति भी प्रेक्षित होती है। प्रयोगशाला के अध्ययन से डुक्रे-उन्ना-पीटर्सन के स्त्रेप्टो-बासिल मिलते हैं। उपकलार्ब के विभेदक लक्षण हैं—व्रणों की किनारियों का मोटा होना, व्रणों के परिसर में भूराभ 'मोतियों' की उपस्थिति, लसपर्वों में डिस्क (चकती) की तरह कठोरता।

चिकित्सा—थेरापिक युक्तियों का उद्देश्य है सामान्य यक्ष्मा से संघर्ष। स्थानिक एक्स-रे-चिकित्सा अपनायी जाती है—रोगी को सात दिनों के अंतराल पर दो बार 200-250r (रेटगेन) से विकिरणित किया जाता है (चर्म और नाभि या फोकस की दूरी 30 सेटीमीटर, वोल्टता 120 किलोवोल्ट, धारा की तीव्रता 3 मिलीएंपियर, फिल्टर 3 मिलीमीटर अलुमीनियम का)। व्रणों को पहले पिओसिड से

ससाधित करने के बाद प्रातःकाल मात्र लास्य अन्न सत्वा (नलाया) भी ना सकता है। कभी-कभी क्षतियां को कर्णजिक विधिवा में भी दूर किया जा सकता है।

भविष्यवाणी आनर अंगों के यक्ष्मा के प्रवाह पर निर्भर करती है। सामान्य यक्ष्मा की चिकित्सा में सफलता मिलने के साथ साथ अब वर्णित यक्ष्मा की भविष्यवाणी में भी सुधार हुआ है, इसका दर्ज कैसे की संख्या दिनां-दिन घटती ही जा रही है।

बाजिन का रोग (कठललामी)

बाजिन का रोग अक्सर 16 से 40 वर्ष की स्त्रियां को होता है (और इनमें भी मुख्यतः युवतियों को), जिनमें से अधिकांश किसी-न-किसी अन्य प्रकार के यक्ष्मा से ग्रस्त होती हैं। रोग के अभिव्यक्त होने में संप्रेरक घटक निम्न हैं—यक्ष्मा के साथ-साथ रक्त-संचार की गड़बड़ियां (नीलपर्यगता, शिरा-विस्फारण), पैरों का अक्सर ठंडा होना, ऐसी वृत्ति होना, जिसमें रोगी को खड़े-खड़े काम करना पड़ता है आदि। पुनरावर्तन शरद तथा शीतऋतु में विकसित हो सकता है।

कठललामी की तल्पिक अभिव्यक्तियां हैं—गहराई में स्थित कठोर तथा धीरे-धीरे बढ़ने वाले पर्व (नोड्स) या नीलाभ लाल रंग के विस्तृत चोर्स अतस्यदन, जिनका आकार बादाम से लेकर टमाटर के बराबर तक हो सकता है। पर्व (दो-चार से लेकर दस या इससे भी अधिक बड़ी संख्या में) चर्म तथा अवचर्म बसा की गहराई में स्थित होते हैं और छूने में कुछ मुलायम-से लगते हैं। ये मुख्यतः गोडो पर (और अपेक्षाकृत कम प्रायिकता के साथ जांघों, नितंबों और हाथ पर) सममित रूप से उत्पन्न होते हैं। मुख और नासा-ग्रसनी की श्लेष्मल झिल्लियां विरले ही ग्रस्त होती हैं। कुछ सप्ताहों या महीनों में महत्तम विकास को प्राप्त होकर पर्व घटने लगते हैं और उनके बाद बलयाकार कुपोषित स्थल तथा वर्णकता रह जाती है। कुछ केसों में अधिकेंद्रों का मध्य में गलन शुरू हो जाता है, वे सगम करते हैं और नासूरयुक्त पीड़ाहीन व्रण बनाते हैं जिनकी किनारियां सुरंगित होती हैं और तली गदले-भूरे दानों से ढकी होती है, इस अवस्था को व्रणित कठललामी का हचिसन-रूप (Hutchinson's form) कहते हैं। व्रणों के ठीक हो जाने पर ऐंटे हुए-से वर्णकित क्षतांक रह जाते हैं।

चिकित्सा न कराने पर रोग महीनों और वर्षों तक बना रह सकता है और ठंड के मौसम में पुनरावर्तित होता रहता है। पर्व लसकुंभिशोथ से क्लिष्ट भी हो सकता है, जो कुंभी-पथ के सहारे-सहारे फैलने लगता है। चर्म की कठललामी स्पष्ट वधित इमूनता की स्थिति में शोथ के एक अत्यूर्जक रूप की तरह विकसित होती है, इसीलिए करीब 60-70 प्रतिशत रोगियों में टूबरकूलिन-परीक्षण धनात्मक होता है

ऊतगदलोचन--पर्वा की एक विशिष्ट गठिवत (टूवेरकुलोइड) सगचना होती है (उपकलावत और विशाल कोशिकाएं)। कुछ स्थलो पर अतर्प्यदन अविशिष्ट होता है (नगकोशिकाएं और प्लाज्मा-कोशिकाएं)। गठिवत अधिकेंद्र लगभग हमशा ही अतर्प्यदन की किनारी पर पाये जाते हैं, जो सुचर्म के निचले भाग और अवचर्म वसा में स्थित होते हैं। अंतर्प्यदन के केंद्र में कमोवेश रूप से स्पष्ट पनीरी विमृति दिखाई देती है। बहुलन (कोशिकाओं की नव-विरचना) से संबंधित परिवर्तन, स्कदक्लेश, कृभियों (विशेषकर शिराओं) में रोध भी देखे जाते हैं, जिससे विमृति और व्रणन शुरू हो जाता है। अतर्प्यदन के गिर्द अवचर्म वसा कुपोषित होने लगती है।

निदान तल्पिक एवं ऊतलोचनी अध्ययन के परिणामों पर आधारित होता है। पार्विक ललामी और पिडलियों की कंठमाल-चर्मता के साथ विभेदक निदान सबसे कठिन होता है। पार्विक ललामी में तीव्र शोथ, ज्वर और कमजोरी होती है; क्षतिया पिडलियों की अग्र सतह पर उत्पन्न होती हैं और उनमें प्रायिक पुनरावर्तन, अपघटन या व्रणन की कोई प्रवृत्ति नहीं होती, शरीर में गठिक्लेश का कोई अधिकेंद्र नहीं मिलता, पिके की जांच ऋणात्मक होती है। तल्पिकत जटिल केसों में विशिष्ट चिकित्सा की कारगरता को भी ध्यान में रखा जाता है। कंठमाल-चर्मता मुलायम पार्विकाओं, व्रणित क्षेत्रों की मुलायम तली, व्रणों की कटी-फटी किनारियों और नासूरों द्वारा लक्षित होती है। रालार्बिक सीफिलिड में कोई आत्मगत अनुभूति नहीं होती, ग्रस्त क्षेत्र एक विशेष प्रकार की कठोरता से लक्षित होते हैं, उनका रंग भूरा लाल होता है; सीफिलिसी पैठन के अन्य लक्षण उपस्थित रहते हैं।

चिकित्सा—यक्ष्मा की चिकित्सा आवश्यक है। पराबैगनी विकिरण, धूप-सेवन और विटामिनों व प्रोटीनो से समृद्ध आहार सुसंकेतित है। व्रणों का उपचार जिक-जिलेटिन पट्टियों से होता है। जिक आक्साइड और जिलेटिन का मिश्रण (25g) ग्लिसेरिन (60g) और पानी (120g) गर्म करके पट्टी पर पसार दिया जाता है और पैर को इसी पट्टी से कसकर बांध दिया जाता है (व्रण को पहले से एक निष्कीटित गजी से ढंककर रखना चाहिए)।

पुनरावर्तन के निरोध के लिये निम्न उपाय है—कुभिक गडवडियों (स्कद-शिराशोथ) की चिकित्सा, पैरों को ठंड नहीं लगने देना, अंगो (हाथ-पैर) को अत्यधिक थकान से बचाना।

प्रकीर्णित रूप

शैवाकवत गठिक्लेश या कंठमालीय शैवाक

शैवाकवत यक्ष्मा अक्सर उन बच्चों को होता है, जिनमें बहुत कमजोरी होती

हे और तदनुरूप शारीरिक प्रवणता होती है, जो क्लोम, लसपवां या अस्थि न सधियों के यक्ष्मा से गन्त होते हैं। यह सामान्य वृत्ता की सक्रिय चिकित्सा में बासिली अपघटन के उत्पादों के प्रकीर्णन के फलस्वरूप भी विकसित हो सकता है।

चर्म-क्षतियां प्रकीर्णित या ग्रुपी में होती हैं; वे छोटी (जई के दानों जितनी बड़ी), चौरस या शंक्वाकार, पीड़ाहीन पिट्टकीय, पिट्टिका-पीपिकीय या मुहास जैसी पर्विकाओं के रूप में होती हैं, जिनका रंग भूराभ लाल या ज्यादातर सामान्य त्वचा जैसा ही होता है। पर्विकाओं की सतह पर नन्हे शल्क या शृंगी नाकें मिल सकती हैं। निकट-निकट स्थित मशिकीय पर्विकाओं वषाम्नावी दिनाई (कंठमालीय दिनाई) से मिलती-जुलती हो सकती हैं। स्फोट अधिकांशतः सममित होते हैं और धड़ की पार्श्व सतहों, नितबों, चेहरे और विरल केसों में होंठों की श्लेष्मल झिल्लियों पर अवस्थित होते हैं। क्षतियां स्वतःस्फूर्त रूप से गायब हो जाती हैं, पर बाद में फिर उत्पन्न हो जाती हैं। कोई आत्मगत अनुभूति नियमतः नहीं होती। आंतर अंगों के यक्ष्मा का इलाज हो जाने पर चार्म पुनरावर्तन नहीं होता। अपचोषित पिट्टिकाओं की जगह हल्की वर्णकता (या और भी विरल रूप से—नन्हे चित्तीदार दाग) बन जाती है। पिके-प्रतिक्रिया धनात्मक होती है। कंठमालीय शैवाक अब एक बहुत ही विरल रोग हो गया है।

ऊतगदलोचन—उपकलावत एवं विशाल कोशिकाओं का विशिष्ट अंतर्स्यदन मशिकाओं के गिर्द पाया जाता है। पनीरी (छेने जैसी) विमृति नहीं होती।

निदान जटिल नहीं होता और इसकी पुष्टि हर हालत में धनात्मक पिके-परीक्षण से हो जाती है। स्फोटों को सीफिलिसी स्फोट से विभेदित करना चाहिए, जिसमें पिट्टिकाएं एक अधिकेंद्र में भिन्न विकास-चरणों पर होती हैं और उनके साथ-साथ सीफिलिस के अन्य लक्षण भी उपस्थित रहते हैं; सीरमलोचनी परीक्षण धनात्मक होता है। लाल काटल शैवाक में पिट्टिकाएं किरमिजी लाल होती हैं, कुछ की परिरिखाएं लछक रूप से बहुभुजी होती हैं, केंद्र में एक अवनमन-सा होता है; स्फोट के साथ-साथ खुजली भी होती है।

चिकित्सा उन्हीं उपायों से होती है, जो चर्म-यक्ष्मा के अन्य रूपों के लिये प्रयुक्त होते हैं। शल्कन को प्रेरित करने वाले मलहम बाह्य चिकित्सा के रूप में सुसंकेतित हैं।

भविष्यवाणी अनुकूल होती है।

पिट्टिका-विमृतिक चर्म-यक्ष्मा

यह रोग अक्सर बचपन या कैशोर्य में होता है—स्फोट हाथ-पैर की ऋजुकारी

सतहों पर धड़ और चेहर पर उत्पन्न होते हैं। मुख्य रूपलोचनी क्षतिया असख्य (कमोवेअ स्प स जमग्रटां मे) कटोर भूराभ बैगनी पविकाए है, जिनका आकार हंप के बीज के बराबर होता है। उनके केंद्रों पर पूय जैसी विमृत्तिक खट्टिया पड़ जाती है। नाद में पिटिकाओं पर नन्हे, गोल सतही व्रण बन जाते हैं, जिनके ठीक होने पर मुहर जैसा दाग रह जाते हैं, इनकी सीमाएँ बैगनी होती हैं। अधिकेंद्र के विकास और दाग (क्षताक) बनने में चार से आठ सप्ताह लगते हैं। स्फोट एकबारगी से नहीं निकलने, इसलिये एक साथ भिन्न विकास चरण पर स्थित क्षतिया देखी जा सकती हैं। रोग वसंत ऋतु के आरंभ में और शीतकाल में पुनरावृत्ति होता रहता है, लेकिन गर्मियों में कभी भी व्यक्त नहीं होता। पिटिका-विमृत्तिक चर्म-यक्ष्मा अक्सर उन लोगों को होती है, जो लसपर्वो, अस्थियो या सधियों के यक्ष्मा से पीड़ित होते हैं या कठललामी के शिकार होते हैं। टूबरकूलिन-परीक्षण नियमतः धनात्मक होता है।

पिटिका-विमृत्तिक यक्ष्मा के निम्न रूप हैं—(1) आक्नित ('ऐक्नाइटिस' का लातीनी उच्चारण, कारक-चिह्न '-इस' को छोड़कर), यह एक प्रकार की पीपिकाए है, जो स्कूली बच्चों को, यौन परिपक्वता के समय या इसके पूर्व होती है। ये सामान्य मुहासों से मिलती-जुलती होती हैं। क्षतिया सममित रूप से चेहरे पर होती हैं और विरलत बक्ष पर तथा हाथों की ऋजुकारी सतहों पर भी होती हैं; इनके ठीक होने पर गहरा दाग रह जाते हैं; (2) फोलीक्लिस किशोरो एव नवयुवकों को धड़ एव पैरों की मशिकाओं (लोमकपू) की क्षतियों के रूप में होती है; (3) एक्ने काखेक्तीकोरुम पिटिकीय पीपिकाओं के स्फोट हैं, जिनमें क्रेटर जैसे व्रण बनते हैं और उनके बाद चेचक जैसे दाग रह जाते हैं। रोग के इस रूप में टूबरकूलिन-परीक्षण ऋणात्मक होते हैं क्योंकि शरीर की इमूनलोचनी प्रतिकारिता कम होती है।

ऊतगदलोचन—क्षति का उपादान सतही अधिचार्म व सुचार्म विमृति है, जो लसवत अंतर्स्पर्दन से घिरा होता है। कुभियों का शोथी अंतर्स्पर्दन पाया जाना विशेष लक्षण है।

निदान—नन्हे, विशेषकर मुहर जैसे दाग (क्षताक), क्षतियों का स्थल, टूबरकूलिन-परीक्षण तथा ऊतलोचनी परीक्षण निदान में सहायक होते हैं। वपाल मुहासे से विभेदित करने में ध्यान रखना चाहिए कि यह रोग (वपाल मुहासा) उन्हीं को होता है, जिन्हें काम पर (वृत्ति में) अक्सर तेलो तथा इमल्शनो के संपर्क में रहना पड़ता है। मुहासे के इस रूप में क्षतियाँ अक्सर हाथ और पैर की ऋजुकारी सतहों पर होती हैं वे मशिकाशोथ के रूप में प्रकट होती हैं, शोथ की प्रक्रिया तीव्र होती है, साथ में ढेर सारे कोमेडोन (काले मुहासे) भी निकल आते हैं।

चिकित्सा -PAS पथीवाजिड विटामिन A और D फीटिन तथा लौह

प्रसाधन मुखमार्ग से दिये जाते हैं। यदि प्रतिमर्कानित न हो तो पराबगनी विकिरण भी दिया जा सकता है।

भविष्यवाणी अनुकूल होती है, यदि आंतर अंगों का कोई तीव्र घटना नहीं होता।

बच्चों में चर्म-यक्ष्मा की चिकित्सा

बच्चों में चर्म-यक्ष्मा की चिकित्सा के मुख्य सिद्धांत वे ही हैं, जो वयस्कों के लिये हैं। प्राथमिक महत्त्व सामान्य चिकित्सा को ही दी जाती है, जिसका लक्ष्य है—आंतर अंगों के यक्ष्मा को दूर करना, चर्म में गदलोचनी प्रक्रियाओं के विकास को प्रोत्साहित करने वाले घटकों को दूर करना और रोगी की सामान्य अवस्था सुधारना, ताकि याक्ष्मिक पैठन के विरुद्ध शरीर की प्रतिरोधिता बढ़ सके।

बच्चों में चर्म-यक्ष्मा की चिकित्सा स्ट्रेप्टोमीसिन से होती है, जिसे स्ट्रेप्टोमीसिन सल्फेट और पाटोमीसिन (डीहाइड्रोस्ट्रेप्टोमीसिन के पाटोथेनिक लवण) के रूप में दिया जाता है। पाटोथेनिक अम्ल, जो पाटोमीसिन का एक अवयव है, स्ट्रेप्टोमीसिन के गरलकारी परोर्जिक प्रभाव का उपशमन करता है। बच्चों को स्ट्रेप्टोमीसिन अतपेशीय सुई के रूप में नित्य दो बार दिया जाता है, दैनिक खुराक 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों के लिये 0.01-0.02 ग्राम प्रति किलोग्राम है, 5 से 8 वर्ष के बीच की उम्र के बच्चों के लिये 0.25-0.3 ग्राम और 8 से 14 वर्ष के बीच के लिये 0.3-0.5 ग्राम है। कुल खुराक 20 से 40 ग्राम है। स्ट्रेप्टोमीसिन से सामान्य वृद्धा, कठमाल-चर्मता और व्रणित एवं मसेदार गठिक्लेशों से सबसे अच्छे थेरापिक परिणाम प्राप्त होते हैं।

स्ट्रेप्टोमीसिन के बाद या इसके साथ-साथ फथीवाजिड, टूबाजिड, मेटाजामीड, तथा इजोनीकोटीनिक अम्ल हाइड्राजीड के अन्य उत्पाद भी दिये जाते हैं—उन मीकोबाक्टेरियो के विरुद्ध, जो स्ट्रेप्टोमीसिन का प्रतिरोध कर लेते हैं (उसे सहन कर लेते हैं)। फथीवाजीन की दैनिक खुराक निम्न है—12 महीने तक के बच्चे के लिये 0.02-0.03 ग्राम प्रति किलोग्राम (तीन बार में), 2 से 3 वर्ष के बच्चे के लिये 0.3-0.5 ग्राम (तीन बार में); 3 से 7 वर्ष के लिये 0.6-0.7 ग्राम और 8 से 15 वर्ष के लिये 0.5 से 1.0 ग्राम। कुल खुराक 40 से 250 ग्राम तक हो सकती है। चिकित्सा के एक दौर में स्ट्रेप्टोमीसिन और फथीवाजिड की कुल खुराक और दौरों की संख्या रोग-प्रक्रिया की तीव्रता और दवा के प्रति सहनशीलता पर निर्भर करती है।

3 वर्ष के कम बच्चों के लिये PAS का सोडियम लवण 0.15-0.2g/kg प्रतिदिन की खुराक में प्रलिखित किया जाता है इसे तीन या चार बार में देते हैं

3 से 5 वर्ष के बच्चों का प्रतिदिन 0.5 ग्राम चार बार में दिया जाता है। 5 वर्ष से अधिक के बच्चों के लिये दैनिक खुराक 6-8 ग्राम है। कुल खुराक 200 से 800 ग्राम तक होती है। दवाखाना खाने के एक घंटे बाद दूध, क्षारीय खनिज जल या सोडियम हाइड्रोकार्बोनेट के 2 प्रतिशत सांद्र घोल के साथ ली जाती है।

विटामिन D, सामान्य वृक्का के उन्ही रोगियों की चिकित्सा में प्रयुक्त होता है, जिनके आंतर अंगों में कोई सक्रिय याक्ष्मिक प्रक्रिया नहीं होती, क्योंकि यह स्थापित हुआ है कि यह विटामिन क्लोमो (फेफड़ों), लसपर्वों तथा अस्थियों में रोग-प्रक्रिया को और भी तीव्र कर देता है। इसका उपयोग सामान्य वृक्का के व्रणित रूपों में और पुनरावर्तन-निरोध में सबसे अधिक वाछनीय है। 10 वर्ष तक के बच्चों को इसकी 15000-25000U की खुराक नित्य दो या तीन बार में दी जाती है; 11 से 16 वर्ष के बच्चों को 30000-50000U नित्य दो या तीन बार में दी जाती है।

बच्चों के चर्म-यक्ष्मा की चिकित्सा के समय उनके आहार में नमक नहीं देना चाहिए (विशेषकर यदि रोग व्रणित रूप में है), लेकिन साथ में प्रोटीन और विटामिन (ऐस्कोर्बिक अम्ल, रूटिन, कैल्सियम पाटोथेनाट आदि) प्रचुर मात्रा में देने चाहिए।

धूप और पराबैंगनी विकिरण का सेवन बच्चों तथा बड़ों दोनों ही के लिये वाछनीय, विशेषकर गर्म एवं शुष्क जलवायु वाले इलाके में स्थित निरोगालयों में, लेकिन याक्ष्मिक अधिकेंद्रों के रूप तथा उनकी सक्रियता और रोगी की सामान्य अवस्था पर अवश्य ध्यान रखना चाहिए। इस तरह की चिकित्सा उपशमन-काल में विशेष तौर पर उपयुक्त होती है।

चर्म-यक्ष्मा पर नियंत्रण का संगठन

चर्म-यक्ष्मा के प्रसार पर नियंत्रण के उपाय वैसे ही हैं, जैसे आंतर अंगों के यक्ष्मा में। सामान्य यक्ष्मा और विशेष (चर्म-) यक्ष्मा के निरोध में सामाजिक कदमों का महत्त्व बहुत अधिक है, जैसे—श्रम-सुरक्षा से संबंधित कानून, लोगों का जीवन-स्तर और सांस्कृतिक स्तर ऊंचा करना, बच्चों के स्वास्थ्य की रक्षा के लिये संगठित युक्तियाँ अपनाना आदि। यक्ष्मा के प्रारंभिक रूपों का अनुवेदन और उनकी यथासमय युक्तिसंगत चिकित्सा भी निरोधात्मक प्रयत्नों में महत्त्वपूर्ण कड़ियाँ हैं। यक्ष्मा के रोगियों को पर्याप्त समय तक खुली हवा में रहना चाहिए, कार्य-स्थल पर पर्याप्त प्रकाश होना चाहिए। सोवियत संघ में यक्ष्मा के नियंत्रण में, रोगियों को दर्ज करने, उन पर निगरानी रखने और उनकी चिकित्सा करने में अन्य निरोधात्मक कार्य करने में यहां की प्रति-यक्ष्मा आरोग्यशालाओं की भूमिका प्रमुख

हे

सोवियत-काल में यक्ष्मा पर नियंत्रण के नियम मृनिर्वाजन और समर्पण प्रयत्नों से यहां यक्ष्मा और विशेषकर चर्म-यक्ष्मा की प्रायिकता में तेज़ी से कम हुआ है। बच्चों में चर्म-यक्ष्मा का प्रारम्भिक चरण में जो अनुवर्धन और उसकी यथाशीघ्र युक्तिसंगत चिकित्सा भी यक्ष्मा के इस रूप की प्रायिकता में कमी लाने में महत्त्वपूर्ण भूमिका निभाती है।

चर्म लेइशमैनता या बोरोव्स्की रोग

इस रोग के अन्य पर्याय भी हैं—पेंडेह-क्लेश, आश्खाबाद-क्लेश, 'गोदोविक' (रूसी नाम, जिसका अर्थ है—'वत्सरिका'), पूर्वी रोग आदि। यह एक जानपदिक (किसी विशेष जनपद के लिये लाक्षणिक), चिरकालिक परजीविका चर्म-रोग है। इसका निमित्त कारण पी. बोरोव्स्की ने 1898 में ज्ञात किया था और उसका वर्णन प्रस्तुत किया था। यह रोग उष्ण एवं उपोष्ण कटिबंधों में पाया जाता है। सोवियत संघ में इसके प्रसार-केन्द्र मध्य एशिया (मुख्यतः आश्खाबाद के क्षेत्र, बुखारा, समरकंद, कोकाद आदि) और काकेशिया-पार के गणतंत्र (मुख्यतः अजरबैजान के दक्षिणी इलाक़े) हैं। अन्य देशों से यह रोग अर्जित करने वाले रोगी पूरे सोवियत संघ के क्षेत्र में मिल सकते हैं।

हेतुलोचन और बहुमारीलोचन—लेइशमैनता का निमित्त कारण लेइशमानिआ ट्रोपिका एक सूक्ष्म प्राग्जंतु है। इस जीवाणु को दिखाने के लिए पक्विका या लेइशमैनार्ब के परिसरीय अतस्यंद को दो उगलियों से दबाकर वहां का स्थल रक्तहीन कर दिया जाता है, फिर स्कात्पेल से वहां चर्म में हल्का-सा चीरा लगाया जाता है। चीरा की किनारी से ऊतक के टुकड़े और ऊतक-द्रव स्कात्पेल से खुरच कर अलग करते हैं। इस द्रव्य का लेप (कांच के स्लाइड पर) तैयार किया जाता है और उसे रोमानोव्स्की-गिम्ज़ा के रजक से रजित किया जाता है। ये जीवाणु (बोरोव्स्की-काय) अंडाकार होते हैं, इनकी लंबाई 2-5 मिक्रोमीटर और चौड़ाई 1.5 से 4 मिक्रोमीटर तक होती है। इसके प्रोटोप्लाज्म में दो नाभिक होते हैं—एक बड़े-से अंडे जैसा दिखता है और दूसरा सहायक नाभिक छड़ की तरह दिखता है (ब्लेफारोप्लास्ट)। लेप में लेइशमानिआ जीवाणु के प्रोटोप्लाज्म हल्के नीले रंग से रजित होते हैं, बड़ा नाभिक लाल या ललछौह बैंगनी रंग से और छोटा नाभिक गाढ़े बैंगनी रंग से रजित होता है। ये परजीवी माक्रोफागो में बहुत बड़ी संख्या में, रक्त में स्वतंत्र गुप्तों के रूप में और चर्म-क्षतियों में पाये जाते हैं।

आदमियों में रोग का सक्रमण फ्लेबोटोमस बालुका-मक्खी (एक तरह के मच्छरों) के काटने से होता है। बालुका-मक्खिया ये परजीवी किसी बीमार व्यक्ति

म प्राप्त करती है; गांवों में होने वाली लेइशमैनता के लिये कृतक (कृत्रिम) जाय (जैसे सूखिलक, जेविल) आदि भी पैठन के स्रोत हो सकते हैं। तत्त्विक चित्र, निमित्त कारण के जीवलोचनी गुणों और वहमारीलोचनी दृष्टि से लेइशमैनता के दो प्रकार होते हैं--(1) ग्रामीण या तीव्र विमृत्तिक या आरम्भिक व्रणन वाला प्रकार (जनुक्लेशिक), (2) शहरी या विनवित व्रणन वाला, चिम्कालिक प्रकार (मानुपक्लेशिक)।

प्रथम प्रकार की लेइशमैनता का निमित्त कारण लेइशमानिया ट्रॉपिका माजोर (मंजर) है, जिन्हे बालुका-मक्खिया पैठन-वाहक कृतको से आदमी में फैलती है। रोग के इस रूप के लिये अतर्शयन-काल अपेक्षाकृत अल्प है (एक से आठ सप्ताह तक, लेकिन औसतन दो-चार सप्ताह), रोग की क्रांति-अवधि भी अपेक्षाकृत कम है (तीन से छ महीने तक)। बीच में ही खत्म हो जाने वाला रोग-प्रवाह भी देखने को मिलता है, जिसमें एक या दो महीने तक में क्षतांक पड़ जाते हैं।

अतर्शयन-काल के अंत में बालुका-मक्खी के दंश-स्थल पर भूरी आभा से युक्त, तीव्र शोथी चमकदार लाल अतर्शय उत्पन्न होता है। यह पेस्ट जैसा और कोमल होता है। एक या दो महीने में (और बच्चों में एक या दो सप्ताह में) यह (अतर्शय) अपघटित हो जाता है और गहरा, दर्दनाक व्रण बन जाता है। व्रण की किनारिया कटी-फटी और सुरंगित होती हैं; तली असमतल, अपरदित और विमृत्तिक द्रव्य से आच्छादित होती है। अतर्शय और व्रण वर्धित होते हैं (व्रण का व्यास कई सेटीमीटर तक बढ़ सकता है)। बच्चों में व्रण और भी जल्द बढ़ जाता है, रोग-प्रक्रिया लंबे समय तक बनी रहती है और अक्सर पूयकारी पैठन से क्लिष्ट हो जाती है। इसके फलस्वरूप विद्रधि, चर्मशोण और फ्लेगमोन विकसित हो जाते हैं, जो लेइशमैनता का तत्त्विक चित्र बदल देते हैं। दो-तीन महीने तक प्रक्रिया के बढ़ने पर व्रणों का क्षतांकन (व्रणपूरण) शुरू हो जाता है, जो कई सप्ताह या महीने में पूरा होता है। इस अवधि में व्रण की तली का कणीकरण शुरू हो जाता है, जिससे वह दानेदार लगने लगती है (मछली के अंडों की तरह; मत्स्याड लक्षण)। व्रणपूरण अक्सर मध्य स्थल से शुरू होता है, परिसर में व्रणित खात-सा रह जाता है। अंत में व्रण के स्थल पर गहरा क्षतांक रह जाता है। जनुक्लेशिक प्रकार के रोग में लेइशमानाबॉ की संख्या बहुत बड़ी हो सकती है, कुछ रोगियों में तो 100-200 या इससे भी अधिक। ये शरीर के खुले हिस्सों में (चेहरे, हाथ-पैर पर) होते हैं, पर अन्य चर्म-क्षेत्रों पर भी उत्पन्न हो सकते हैं। इसका कारण यह है कि गर्म जलवायु के देश में लोग पूरे शरीर को ढककर नहीं सोते, जिससे बालुका-मक्खियां विभिन्न क्षेत्रों पर काटा करती हैं।

शहरी, चिकित्सिक या विज्ञान ब्रणन वाली लेशमैनता का निर्माण क्षण लेशमानिया टांफिका मिनोर (भाइनर) है, जो बालक मक्खी दाग रंगी व्यक्ति से स्वस्थ व्यक्तियों में संक्रमण करता है। रोग का यह प्रकार शहरी तथा घनी वस्तियों में होता है। इसका अवर्धन-काल बहुत जल्दा होता है (आमतौर पर 1-2 सप्ताह)। आठ महीने तक, यद्यपि एक-दो साल से लेकर चार-पांच साल तक भी संभव है। और इसका प्रवाह भी बहुत धीमा होता है (औसतन एक वर्ष)। इसका रोगी नाम 'गोदोविक' (वत्सिका) इसी स्थिति का प्रतिनिधित्व करता है। रोग अक्सर उन लोगों में प्रकट होता है, जो पिछले वर्ष रोग-केंद्र के इलाके में रहे थे। बालक-मक्खी के दश-स्थल पर एक भूराभ लाल गठिका बनती है (अक्सर चम की खुली सतह पर)। गठिका एक बादाम के आकार तक बढ़ जाती है और एक माटी खट्टी में ढकी जाती है। खट्टी गिरने के बाद ब्रण बन जाता है। इसकी किनारियां कटी-छटी होती हैं, रिम की तरह उभरी होती हैं, अतस्पर्दित और पेस्टी (पेस्ट की तरह) होती हैं। ब्रण की तली दानेदार हो जाती है (कर्णीकरण के फलस्वरूप) और एक भूरी-पीली झिल्ली से ढकी होती है। ब्रण के गिर्द का अंतर्स्पंदन उस त्वचा में ऊपर उभार देता है। ब्रणापूरण में कई महीने लग जाते हैं।

लसकुभीशोथ की उत्पत्ति चर्म-लेइशमैनता की एक बहुत ही लक्षक विशेषता है, इसे ब्रण के परिसर में मोटी डोरी के रूप में परिस्पर्श से अनुभव किया जा सकता है। लसकुभियों का मोटा होना और कुछ स्थितियों में उन पर दृढ़ पर्वों का उत्पन्न होना (पार्विक लसकुभीशोथ) ग्रामीण प्रकार की चर्म-लेइशमैनता के लिये अधिक लक्षक है। ये पर्व अपघटित होकर ब्रण बना सकते हैं। लसकुभीशोथ के अतिरिक्त लसपर्वशोथ भी पाया जाता है। ये दोनों ही लसकुभीमार्ग द्वारा निमित्त जीवाणुओं के प्रसार लेइशमैनता का गठित रूप विकसित होते हैं।

सामान्य वृका के वृकार्बो जैसी छोटी, मुलायम भूराभ या पीली-लाल गठिकाएँ कभी-कभी क्षतांक पर या उसके गिर्द उत्पन्न हो जाती हैं। समानता और भी अधिक हो जाती है, क्योंकि डायेस्कोपी में 'सेब की जेली' का लक्षण नजर आता है। गठिका लंबे समय तक बनी रहती है और मुश्किल से ठीक होती है। इसे चर्म कहते हैं। यह अधिकांशतः उन लोगों को होता है, जिन्हें वचपन में ही यह रोग शुरू होता है।

रोग शुरू होने के पांच या छ महीने बाद तक लेइशमैनता के तदनुरूप जीवाणुओं के प्रति स्थायी इम्यूनता विकसित हो जाती है।

ऊतगदलोचन—सुचर्म में कणार्बिक अतस्यंदन, जो मुख्यतः ऊतकोशिकाओं, प्लाज्माकोशिकाओं आदि से बना होता है, और न्यूट्रोफीलो की अल्प संख्या पायी जाती है। कुभियों की अंतर्कला (आंतरिक सतह पर एकपरती उपकला) के बहुलन

और शोफ व कारण उनमें स्पष्ट संकोचन आर उनकी दीवारी में अतस्यदन पाया जाता है। व्रण बनने के पहले अधिचर्म में कटक्लश देखने का मिलता है। असख्य वॉरोव्स्की-काय विशेषकर माक्रोफागों में मिलते हैं; वे कोशिकाओं के भीतर भी मिलते हैं और बाहर भी।

निदान के आधार है—तत्पिक चित्र, व्रणों के परिसर में पार्विक लसकुभीशोथ की उपस्थिति और निमित्त कारण (रोगकारी जीवाणुओं) की पहचान। रोग जिन जनपदों में पाया जाता है, वहां इसका निदान सरल होता है, लेकिन इन क्षेत्रों के बाहर बहुत ही कठिन होता है। अंतिम स्थितियों में यह सूचना कि रोगी लेइशमैनता के क्षेत्र में रहकर आया है, बहुत महत्वपूर्ण होती है।

चिकित्सा—प्रतिजीवक मोनोमीसिन कारगर होता है (विशेषकर ग्रामीण प्रकार की लेइशमैनता के इलाज में), इसका 0.25 ग्राम नित्य 4 से 6 बार तक मुखमार्ग से दिया जाता है या 250000U की सुई पेशी में 10 से 14 दिनों तक नित्य तीन बार तक दी जाती है। एटीमलेरिया साधन दिये जाते हैं—ख्लोरोक्वीन फोस्फेट का 0.25 ग्राम दिन में दो बार (खाने के बाद) तीन से चार सप्ताह तक दिया जाता है (बच्चों को उम्र के अनुसार नित्य 0.125 ग्राम की मात्रा में नित्य एक या दो बार दिया जाता है)। एटीमोनियल साधन (सोलूसुर्मिन, पर्याय—सोडियम एटीमोनिल ग्लूकॉनाट) अंतर्शिरा मार्ग से दिया जाता है—5 प्रतिशत सांद्र घोल के रूप में 5-10 मिलीमीटर नित्य (कुल 20 बार)। शहरी प्रकार की लेइशमैनता में गठिकाओं को मेपाक्रिन हाइड्रोक्लोराइड (हिड्रोक्लोरीड) का 5 प्रतिशत घोल से (1 प्रतिशत सांद्र प्रोकेन हाइड्रोक्लोराइड में या डीहिड्रोस्त्रेप्टोमीसिन के साथ मिलाकर) अतर्पित किया जाता है। गठिकाएँ शीतोपचार, पारतापीय स्कंदन और 10 प्रतिशत पीरोगालोल मलहम से भी नष्ट की जा सकती हैं। व्रणों की चिकित्सा स्थानिक रूप से मलहमों द्वारा होती है; ओक्सीकोर्ट, लोकाकोर्टन (नेओमीसिन या विओफोर्म के साथ), 2 प्रतिशत अमोनित पारद या 5 प्रतिशत सुल्फोनामीड से युक्त मलहम प्रयुक्त होते हैं। पुल्टिस का भी प्रयोग होता है। 1-5 प्रतिशत सांद्र इथ्यामोल-घोल, 0.5-1 प्रतिशत सिल्वर नाइट्रेड के घोल या 0.1 प्रतिशत एथोक्सीडिआमीनो-आक्रीडोन लैक्टेट के घोल में तर करके।

निरोध—निजी एवं सामूहिक दोनों प्रकार के उपाय प्रयुक्त होते हैं। सामूहिक में बहुमारी-क्षेत्र के कृतक जंतुओं और बालुका-मक्खियों के उन्मूलन का काम आता है। कृतकों का उन्मूलन करने के लिये उनके बिलों के पास ख्लोरोपिक्लिन रखा जाता है—बस्ती के गिर्द 15 किलोमीटर चौड़े कटि-क्षेत्र में। यह चौड़ाई बालुका-मक्खियों की उड़ान द्वारा निर्धारित होती है। बालुका-मक्खियों के अड़े टेने के स्थलो (कूड़ा-करकट आदि) पर ब्लीचिंग पाउडर छिड़का जाता है, घरों में DDT

या इन्फ्लूएन्जा से निपटारा जाना है।

चूँकि वायु-वाहक बीजों का प्रसारण काफी है, इसलिए यहाँ या अन्य कपड़े के पट्टों को क्रीड़े भगाने वाले (बच्चे) को गीला या नार्पान से गीला करके बिस्तर में ऊपर राग देंगे। दिन के समय लम्बा काल खोला पर कीट-अपनोदक क्रम या नाग का भत बनने है। नीछ भूत नाग नु ही कालन या डीर्माथलपथालात भी बुरेक घट तक बागुका मरिष्यनां में पचाय कर सकते हैं।

लेडशमेनता के जीवाणुओं से कृत्रिम सक्रिय इमूनीकरण से भी अच्छे परिणाम मिले हैं। जीवित लेडशमानिआ ट्रोपिका मात्रा में युक्त द्रव माध्यम की 0.1-0.2 मिलीलीटर मात्रा की वाह या जाय में अतर्चाम सुई से दोनों ही प्रकार की लेडशमेनताओं के प्रति इमूनता उत्पन्न करनी है। सुई के स्थल पर लेडशमेनार्ब उत्पन्न होता है, जो सामान्य पैठन से उत्पन्न लेडशमेनार्ब की तुलना में बहुत सुदृढ प्रवाह ग्रहण करता है।

वीरुसज चर्मक्लेश

वीरुसज (वीरुसजनित) चर्मक्लेश चर्मरोगों का एक अपेक्षाकृत बड़ा ग्रुप बनाते हैं; ये रोग अक्सर बहुत पाये जाते हैं। इस ग्रुप में निम्न की गणना होती है—विसर्प, कीलक, छुतहा मोनुस्क, नुकोला कंडाव। ये रोग बच्चे के लिये (विशेषकर 5 वर्ष की उम्र से) बहुत सामान्य हैं। सबसे अधिक यह रोग 5 से 8 वर्ष के बच्चों में पाया जाता है। वयस्कों के बीच 3-4 प्रतिशत चर्मरोगी वीरुसज चर्म-क्लेशों से ग्रस्त होते हैं और बच्चों के बीच करीब 9-5 प्रतिशत चर्मरोगी। वीरुसी फ्लोरा (उद्भिज) गर्भाशय के भीतर पहुँचकर भी बच्चों को ग्रस्त कर सकते हैं, लेकिन नवजात शिशु प्रसव के समय या अपने जीवन के प्रथम दिनों में इन रोगों से ग्रस्त नहीं होता, क्योंकि माँ के रक्त के साथ एंटीवीरुसी प्रतिकार्य स्थानांतरित होते हैं, जिससे भ्रूण और शिशु में भी असक्रिय इमूनता आ जाती है। इमूनता दो वर्ष की उम्र से कम होने लगती है, जिससे वीरुसज चर्मरोग विकसित हो सकते हैं। वीरुस शरीर में विभिन्न मार्गों से प्रविष्ट हो सकते हैं—चर्म द्वारा, सदूषित वस्तुओं से, श्लेष्मल झिल्लियों से होकर (रोगी व्यक्ति या वीरुस-वाहक व्यक्ति के साथ मैथुन या चुबन से), छीक, खाँसी आदि के समय निकलने वाली बूदों से। इमूनता की कमी या अनुपस्थिति के केंस में अंतर्शयन-काल कुछ दिन में लेकर दो या तीन सप्ताह लंबा हो सकता है।

सरल विसर्प

यह रोग छन्य वीरुसों से होता है इसके मुख्य लक्षण हैं—अतिरक्तिल क्षेत्रों

पर स्फोट और गुपो में उत्पन्न वस्तिकाएँ जिनका अतर्द्रव पहले तो स्वच्छ होता है फिर धुधला पड़ जाता है। इसके प्रिय स्थान हैं—होंठ (ओष्ठ-विसर्प), गाल (कपोल-विसर्प), नाक के पार्श्व (नासा-विसर्प), मुख-श्लेष्मला (मुख-विसर्प), शृंगिका (शृंगिका विसर्प) और जननेन्द्रिय (जननेन्द्रिय-विसर्प)। वस्तिकाएँ सूखकर खड़ी में परिणत हो जाती हैं, जिसके गिरने पर कोई दाग नहीं रहता। मुख-श्लेष्मला पर फट गयी वस्तिकाओं का अपरदन पीड़ाजनक होता है, उसकी किनारियाँ अतिरक्तिल और शोफित होती हैं (श्वेतव्रणीय मुखशोथ)।

स्फोटों में पुनरावर्तन की प्रवृत्ति होती है, जिसे प्रोत्साहित करने वाले घटक निम्न हैं—अत्यधिक ठंड के प्रति स्त्रेस-जनित प्रतिक्रिया, पैठनजनित रोग, अतिश्रुति, नार्विक-मानसिक और शारीरिक चोट, कड़ी धूप (आतपघात)। सरल विसर्प अक्सर जठरांत्र-कार्य में गड़बड़ियाँ, क्लोमशोथ, गरलता, लू, ज्वरकारी रोगों (ज्वरकारी विसर्प) के बाद और ऋतुकष्ट के समय होता है।

स्फोट से पहले अक्सर अस्वस्थता की अनुभूति, कंपकपी, बेचैनी, जलन, क्षुधाहानि और अनिद्रा भी होती है। क्षेत्रीय लसपर्व वर्धित हो जाते हैं। निम्न तल्पिक रूपों में भेद किया जाता है—(1) हल्का, जिसमें क्षतियों की संख्या कम होती है और वे बहुत जल्द अपचोषित हो जाती हैं; (2) शोफित, जिसमें चमकीली रक्तम्फीति और स्पष्ट सूजन होती है (जैसे गालों पर), (3) तीव्र रूप (सरल व्रणित विसर्प); (4) कटिबंधकवत सरल विसर्प; (5) अक्सर पुनरावर्ती रूप—होंठों (सिदूरी सीमा) पर, नितंबों और बाह्य जननेन्द्रियों पर।

ऊतगदलोचन—मुख्य लक्षण है—फुलाव, अधिचाम कोशिकाओं का जालिकीय अवजनन और कटलय। फूलती कोशिकाओं तथा विस्फारित रक्त-कुंभियों में अतरानाभिकीय एओजीनोफीलिक अतर्वेशन और सुचार्य पिटिकामय परत में हल्का परिकुम्भिक अतर्स्यदन पाया जाता है।

निदान—विशिष्ट तल्पिक चित्र मिलने पर निदान बहुत सरल होता है। कटिबंधक विसर्प के विपरीत, सरल कटिबंधकवत विसर्प में परिसरीय नर्वों के वितरण के सहारे-सहारे पीड़ा नहीं होती। श्वेतव्रण में किनारियाँ बहुचक्रीय नहीं होती। जब सरल विसर्प जननेन्द्रिय पर होता है, तो इसे अपरदित कठव्रण से विभेदित करने में अपरदित सतह की बहुचक्रीय किनारी, तर्ती पर कठोरन की अनुपस्थिति, प्रयोगशालीय परीक्षण के नकारात्मक परिणाम सहायक होते हैं। तीव्र कोमलता (कमजोरी) और ज्वर लिप्शोयेट्स-छापिन द्वारा निरूपित भग के तीव्र व्रण के लक्षण हैं।

चिकित्सा—शुष्ककारी और निष्पैठक दवाओं का बाह्य रूप से प्रयोग होता है। ये निम्न हैं—सिल्वर नाइट्रेट का 1-4 प्रतिशत घोल, पिओक्तानिन (जेशियन

गोयलेट सा । प्रतिशत घात जाभासीनम र २ ३ प्रतिशत या टर्फंगन का 30-50 प्रतिशत मलहम, शेनाफंगन, गोंगाफेन र ट्रेनाफेनम, १ ३ प्रतिशत फ्लारनल मलहम और सल्फर कार्बोनिक् पम 1 30 carbonyl 1 0. Sulfuris 1 5, Pastae Zinc 30 0) ।

क्रेलेंडूला, पोटार्शियम परमगनेट, एथाक्साएनामीना तक्रावीन लक्टेट या हाइड्रोजन पेंटाक्साइड से युक्त कसन निष्पट्टक घालो न गहरा मूक के सरन विसर्प में प्रलिखित किया जाता है। प्रकीर्णित भ्रान जन्म पुनरावर्तन होन वाली राग-प्रक्रिया का इलाज तीन दिनों तक हर छः घंटे पर २ ३ मिलीलीटर इटेर्फेगनोजेन की अतर्पेशीय सुई से होता है। बहुसंयोजी (गालीवनट) प्रांतर्विसर्प टोका की अतर्चर्म सुई से भी लाभ होता है। (0 1-0 २ मिलीलीटर की सुई दो या तीन दिना के अंतरालों पर दी जाती है; पूरी चिकित्सा पांच-पांच सुइयों के दो दौर में संपन्न होती है, इन दौरों के बीच दस दिन का अंतराल रखा जाता है)। पुनरावर्तन को रोकने के लिये गामा ग्लोबूलिन की सुई, स्वयंक्त चिकित्सा और ज्वरकारी दवाओं का प्रयोग होता है। सहवर्ती पूयकारी पैठन निकमित होने पर विस्तृत सोक्ट्रम वाले प्रतिजीवक दिये जाते हैं।

कटिबंधक विसर्प

इसे शिग्लेस या जोना भी कहते हैं। इसका निमित्त कारण एक नर्वपर्ययी छन्य वीरुस है—स्ट्रॉंगीलोप्लाज्मा जोने। प्रतिजनिक संग्रचना और आदमी के भ्रूण-ऊतकों में प्रजनन की क्षमता में यह छोटी शीतला (चिकेन पॉक्स) के वीरुसों से मिलता-जुलता या उनके साथ समात्मिक होता है। कटिबंधक विसर्प के रोगी के सपर्क में आये बच्चे में छोटी शीतला का विकास इस विचार की पुष्टि करता है कि ये दोनों जातियां परस्पर सबद्ध हैं। इसके अतिरिक्त, कई ऐसे केस भी पाये गये हैं, जिसमें रोग असली कटिबंधक विसर्प से शुरू होता है और फिर छोटी शीतला में परिणत हो जाता है, इसके स्फोट धड़ और हाथ-पैरों पर भी फैल जाते हैं।

अतर्शयन-काल (सात या आठ दिन) के बाद अतिरिक्तल चर्म-क्षेत्रों पर वस्तिकाएं ग्रुपो में उत्पन्न होती हैं; ये चर्म-क्षेत्र एक या अधिक नर्वों के खडीय वितरण के अनुरूप होते हैं। स्फोट से पहले नर्व-वितरण के सहारे-सहारे पीड़ा के दौर, जलन, ग्रस्त क्षेत्रों में रक्तस्फीति, सामान्य कमजोरी, कपकंपी और सिरदर्द के प्राग्लक्षण उत्पन्न होने हैं।

स्फुटित वस्तिकाएं मटर के दाने जितनी बड़ी और तनी हुई होती हैं, अंतर्द्रव स्वच्छ सीरमी होता है। ये संगम करके सूक्ष्म शुक्तिक किनारी वाले पैठन-अधिकेद्र बनाती हैं। स्फोट विशिष्ट रूप से असममित और एकतरफा होते हैं। इसके निम्न

तल्पिक रूप है—(1) सार्वदैहिक कटिबधक विसर्प (प्रकीर्णित), जिसमें दांतरफा प्रकीर्णित क्षतियां होती हैं, (2) रक्तस्रावी कटिबधक विसर्प, जिसमें वस्त्रिकाओं का स्वच्छ अतर्द्रव पूयिक हो जाता है, फिर जब प्रक्रिया सुचर्म में गहरी होने लगती है, तो रक्तस्रावी हो जाता है, (3) विगलनकारी कटिबधक विसर्प, जो एक तीव्र रूप है, इसमें वस्त्रिकाओं की तली विमृत होने लगती है और उनकी जगह पर क्षतांक बनता है; (4) हल्का (पूर्वपाती) रूप, (5) बुल्लंदार रूप, जिसमें वस्त्रिकाओं के साथ-साथ बुल्ला भी प्रकट होते हैं।

चर्म पर रोग की तीव्र अभिव्यक्तियों के गायब होने पर भी स्थायी नर्वपीडा और अपूर्ण लकवा (पेशियों का श्लथ रहना) प्रेक्षित होता है।

आंखों में प्रक्रिया का स्थित होना एक खतरनाक परिस्थिति है, जिसका अंत कभी-कभी शृंगिका तथा पूरे नेत्र के व्रणन के साथ होता है। आंखों को ग्रस्त करने वाला तीव्र रूप अक्सर बच्चों को नहीं होता। त्रिशाखी या चेहरे के नर्व का अपूर्ण लकवा और वधिरता अन्य क्लिष्टताएँ हैं। रोग छादिकाशोथ और मस्तिष्कशोथ से भी क्लिष्ट हो सकता है।

वीरुसी पैठन की अभिव्यक्तियों को प्रोत्साहित करने वाले घटक निम्न हैं—पैठनजनित रोग, गरलता (गरणक्लेश), द्रव्य-विनिमय की गड़बड़ियाँ, रक्त के रंग, नार्विक एवं मानसिक अतिस्त्रेस, शरीर का ठंडा होना (ठंड में) और शारीरिक स्ट्रेट। प्रक्रिया अक्सर ठंडे मौसम में होती है और उग्र रूप धारण करती है (वसंत और शरद ऋतु में)। कटिबधक विसर्प किसी भी उम्र में हो सकता है, पर बहुत छोटे बच्चों (शिशुओं) में यह विरले ही होता है।

अविशिष्ट पुनरावर्ती प्रवाह वाले कटिबधक विसर्प के वयस्क एवं वृद्ध रोगियों का परीक्षण करना चाहिए कि दुर्दम नौवर्ध या रक्त का कोई रोग तो नहीं है। कटिबधक विसर्प कभी-कभी चर्मरक्तता (हेमोडेर्मिया) के कुछ रूपों से पूर्व प्रकट हो सकता है।

ऊतगदलोचन—अधिचार्म कोशिकाओं का फुलाव और जालिकीय अवजनन, अतारानाभिकीय वीरुसी अतर्वेशन और नर्व-रेशों में अवजनक परिवर्तन देखे जाते हैं। तीव्र शोथी बहुरूपनाभिकीय अंतर्स्पर्दन (मुख्यतः लसकोशिकीय तथा ऊतकोशिकीय प्रकृति का), शोफ और रक्तवाही एवं लसवाही कुभियों का विस्फारण भी पाया जाता है।

निदान—स्फोटो से पूर्व और उनके साथ दहकती पीडा और ग्रुपों में उत्पन्न वस्त्रिकाओं का रैखिक क्रम (ग्रस्त नर्वों के खड़ीय वितरण के अनुतीर) कटिबधक विसर्प को सरल विसर्प और चर्मशोण से विभेदित करता है।

चिकित्सा—निम्न दवाएँ प्रलिखित की जाती हैं—एटीवीरुसी दवाएँ

मेथीसाजोनुम या कूटीजानुम (नील रंग में मिलने तक नियत मात्रा में चार एक-एक टिफिया), इटेफैरोन, अक्रोमीन और ग्लाइकोल (एम्बोलेन सेवोनांशक अम्ल, अमीडोपीरीन, फॉस्फोरिक अम्ल, ग्लाइकोल) मिश्रण B B B B B (स्वरक्त-चिकित्सा, गामा ग्लाइकोल की सहायता से इटेफैरोनाजेन)।

निम्न भौतिक उपचार की सहायता से शरीर में - पदार्थों का हटाना, नाल्युक्ता परास्वन, गले की अनुकूली गुंथकता का उपचार, पायलोगन, पायलोगन विद्युत्-धारण, प्रोक्सेन हाइड्रोक्लोराइड का विद्युत्-प्रवहन, प्रोक्सेन में गुंथकता घटाना, 50 प्रतिशत इटेफैरोन में युक्त मलहम का स्थानिक प्रयोग।

तीव्र स्फोटो में महलमो से क्षाधिकारी चिकित्सा और स्नान प्रतिभर्कोतन है। इस अवधि में चिकित्सा पाउडरों के उपयोग तक सीमित रखी जाती है। प्रतिशोथी व निर्घृणक पेस्ट, क्रीम और मलहम बाद में प्रलिखित किये जाते हैं—1-2 प्रतिशत ओक्सोलीनुम से युक्त मलहम, 0.5 प्रतिशत फ्लोरोनल मलहम, 20-50 प्रतिशत इटेफैरोन या इटेफैरोनोजेन से युक्त मलहम, अनोलीन रंजकों का 1-2 प्रतिशत टिचर, स्टेरोइड हार्मोनों (ओक्सीकोर्ट, रिआक्सीजोन, डेमोजोलोन, हाइड्रेन S) के मेल के साथ-साथ प्रतिजीवकों से युक्त महलम और इप्लेशन।

एटीवीरुसी मलहमों (बोनाफोन, गॉसीपोल, टेबोफेनुम इटेफैरोन) के साथ साथ अनोलीन रंजकों का बाह्य प्रयोग चिकित्सा में लाभकर होता है। स्फोट प्रकट होने पर रोगी को स्नान नहीं करना चाहिए।

निरोध—शरीर को ठंड लगने और गरलता से बचना चाहिए।

कीलक

हेतुलोचन और गदजनन—कीलक के सभी रूप छत्र्य चर्मपर्यपी वीरुसों या इनकी अत्यंत निकट की जातियों से होते हैं। रोग छुटहा है। स्वस्थ व्यक्ति में यह रोग रूग्ण व्यक्ति से सीधे संपर्क द्वारा सङ्पित वस्तुओं के माध्यम से सङ्क्रमण करता है। रोग विकास को प्रोत्साहन निम्न घटकों से मिलता है—चर्म में चोट, क्षतियाँ, इसकी शुष्कता, इसके जल-वसीय आवरण में pH की कमी, नीलपर्यगता के साथ पनपू नर्वक्लेश या अतिस्वेदन। एक ही स्थल पर कीलकों का क्रमिक स्वारेपण भी पाया जाता है, जिसे वीरुसों की वर्धित विषालुता सङ्प्रेरित करती है। यह माना जाता है कि केंद्रीय नर्वतंत्र रोग के गदजनन में योगदान करता है, पर इसकी भूमिका अभी तक स्पष्ट नहीं है।

इस मान्यता की पुष्टि इस बात से होती है कि अनेक केसों में शब्दाधान (सजेशन) और स्वापन (हाइप्नोसिस) से भी चिकित्सा हो जाती है। अतर्शयन-काल कुछ सप्ताह से लेकर कई महीनों तक लंबा हो सकता है (यह कृत्रिम आरोपण से

सिद्ध किया गया है। कीलक के कई रूप हैं।

सामान्य कीलक का निम्न कारण मोलीनोर वेस्के नामक वीरस है। यह अधिकांशतः बच्चा तथा युवकों के हाथ-पंर पर होता है, चेहरे पर अपेक्षाकृत कम होता है।

स्पष्ट परिसीमित, कठोर, पीडाहीन अर्धगोलाकार क्षतिया उत्पन्न होती हैं, जो त्वचा से ऊपर उभरी रहती हैं। वे सामान्य त्वचा के रंग के या भूरी या कथई आभा के साथ होते हैं, शोथ नहीं होता। इनकी सतह दानेदार और रुखड़ी होती है और संरचना कभी-कभी पार्विक होती है। इनका आकार पिन के सिर से लेकर बाजरे के दाने के बराबर तक हो सकता है। इनकी बड़ी-बड़ी जमघटे बनती हैं, जो बाद में संगम कर जा सकते हैं। तलवों व हथेलियों पर ये त्वचा से बहुत कम उभरे हुए दिखते हैं, उन पर शृंगीक्लेश (शृगनता) होती है। कीलकों की संख्या एक से लेकर कई दर्जन तक हो सकती है।

ऊतगदलोचन—ऊतलोचनी चित्र अतिशृगनता और पिटिकार्बक्लेश से लक्षित होता है।

चिकित्सा—स्वापन के साथ शब्दाधान कारण सिद्ध होता है। विद्युत्स्कंदन या पारतापीय स्कंदन, खुरचन, त्रिक्लोरो-एसेटिक अम्ल, ठोस कार्बन-डाई-आक्साइड या द्रव नाइट्रोजन से टड़ा करके जमाना (शीत-चिकित्सा या शीत-विनाश) प्रयुक्त होता है। इटेर्फेरेन, कोल्फीसीन 2 प्रतिशत ओक्सोलीनुम, 1-3 प्रतिशत फ्लोरेनल और गोसीपोल से युक्त मलहम लगाये जाते हैं और क्षतियों का उपचार फाउलर (Fowler) के घोल या फेरेजोल (40 प्रतिशत फेनोल और 60 प्रतिशत त्रिक्रेजोल) से किया जाता है।

चौरस कैशोर्य कीलक बच्चों और किशोरों में ही अधिकांशतः होता है। ये हल्की-सी उभरी हुई, बहुभुज या गोल आधार वाली चौरस कठोर क्षतिया हैं। इनकी सतह चिकनी होती है, आकार बाजरे के दाने से लेकर मसूर के दाने के बराबर तक हो सकता है। कुछ केसों में इनका रंग सामान्य त्वचा जैसा ही होता है, अन्य केसों में पीताभ गुलाबी या पीताभ भूरा होता है। बहुसंख्य चौरस कीलक अक्सर हथेली के पीछे, चेहरे (ललाट) पर, गर्दन और प्रवाहु पर फैले होते हैं; एक पक्ष के रूप में कम ही होती है।

ऊतगदलोचन अतिशृगनता और कटलय इसकी लक्षक विशेषताएँ हैं।

निदान सरलता से हो जाता है। इस अवस्था को कभी-कभी चौरस शैवाक से विभेदित करना पड़ता है, जिसमें पिटिकाएँ मोम जैसी चमक, केंद्र में नाभि जैसे अवनमन, बैंगनी-लाल रंग और खुजली द्वारा शोथी अतर्प्यदन और आक्रांति-केंद्र के परिमर में ललाभ-वैगनी सीमारेखा द्वारा लक्षित होता है।



सामान्य कीलक

चिकित्सा—स्वापन के साथ शब्दाधान से चिकित्सा और मनोचिकित्सा का उपयोग होता है। फाउलर का घोल और मैग्नेशिया उस्त्य (दो या चार सप्ताह के लिये 0.25-0.5 ग्राम नित्य तीन बार) प्रलिखित किये जाते हैं। बाह्य उपचार शृंगिघोलक मलहमों से होता है, जिनमें सैलीसीलिक, बेंजोइक तथा लैक्टिक अम्ल और रेसर्सिनोल होते हैं। पराबैंगनी किरणों या बक्की (Bucky) की किरणों की ललामिक खुराकें, इटर्फेरोन, गोसीपोल, प्रोपोलिस, कोलान्खे (colanchoe) ऑक्सोलीनुम और बोनाफ्टोन प्रलिखित किये जाते हैं।

तलवों के कीलक सामान्य कीलकों का ही एक रूप है। जूतों से पैरों का कसना, तलवों में चोटें क्षति और पैरों (गोड़ों) का अतिस्वेदन इनकी उत्पत्ति में सहायक होते हैं। ये कीलक कभी-कभी नख-सेज पर उत्पन्न हो जाते हैं, जहाँ इनके कठोर वर्धन से बहुत पीड़ा होती है। चूटल होने के कारण चलने में कठिनाई होती है, वे ठेले में मिलते-जुलते होते हैं। वे अक्सर अल्प सख्या में होते हैं। कीलकों के

ऊपर गीणन रूपों का तन्त्र य मा स्त्रन्त्रण (पोरुकायना आर जीन-गुणनता स
नस्थित होत ह

चिकित्सा—द्वय नाइट्राजन (शोत-चिकित्सा), काल्छामान-मनहम और क्षतिया
पर 10-20 प्रतिशत माद पोंडोर्फोल्डन घाल लगाने के लिये प्रलिखित क्रिय जात
ह। निम्न क्रमन प्रमाधन प्रलिखित क्रिया जाना ह-

Rp Ac salicylici 10

Ac. acetic 9.0

Collodii elastici 10 0

MDS. बाह्य अनुयांग के लिये

कीलक के गिर्द चर्म पर जिक-पेस्ट लेपा जाता है (आस-पास के ऊतको की
रक्षा के लिये) और कीलक पर 50 प्रतिशत दवाओं (उपर्युक्त) से युक्त कोलाइडी
प्रमाधन लगाया जाता है। यह हर तीन-चार दिन में एक बार दोहराया जाता है।
इसके बाद गोड को सोडियम हाइड्रोकार्बोनेट से धोकर केची की धार से कोलाइडी
झिल्ली और मुलायम हो चुका शृंगी द्रव्य दूर किया जाता है। प्रक्रिया तब तक
दाहरायी जाती है, जब तक कीलक जड़ से समाप्त नहीं हो जाता। तलवे के
कीलकों को दर करने की एक कारगर विधि खुरचना भी है।

नुकीला (या आर्द्र) कंडार्ब

यह उन लोगों का होता है, जिन्हें अच्छी तरह सफाई से रहने की आदत नहीं
होती। इसके वीरुस मैथुन से भी संप्रेषित हो सकते हैं।

सुजाक, त्रीखोनाद-जनित तथा अन्य मूलों के स्राव रोग के गदजनन में
महत्त्वपूर्ण होते हैं। नुकीले कंडार्ब जननेद्रियो और मूलाधार के क्षेत्र में उत्पन्न होते
हैं, विरल केसों में वे कांख में और स्तन के नीचे भी उत्पन्न होते हैं। नन्हे, मुलायम,
नुकीले और गुलाबी कीलक बनते हैं। जब वे सगम कर जाते हैं, तो पिटिकाबिक
प्रवर्ध मिलता है, जिसकी सतह फूल-गोभी या रास्पे-बेरी जैसी दिखती है। ये प्रवर्ध
मसृणित और ग्रणित हो सकते हैं। कुछ क्षतियों का आधार बहुत सकरा होता है,
जिसे पादिका कहते हैं। कंडार्बों के बीच एक बुरी गंध वाला स्राव भी जमा हो
जाया करता है।

निदान—आर्द्र कंडार्ब का चौरस (सीफिलिक) कंडार्ब से विभेदित करना
महत्त्वपूर्ण होता है, जिसमें आधार चौड़ा होता है, संहति कठोर व प्रत्यास्थ होती है,
फाको में बटा हुआ नहीं दिखता, उनके स्राव में असख्य त्रेपोनेमा पालीडुमा जीवाणु
मिलते हैं। द्वितीयक सीफिलिक चरण के अन्य लक्षण और रक्त की सीरमलोचनी
जाच के धनात्मक परिणाम निदान में सहायक होते हैं। सीफिलिस के रोगी में

नुकील और चारम कठोर दोनों ही एक साथ पाए जा सकते हैं।

चिकित्सा—पारनासल स्प्रेडन, विद्युत ग्रीक, जानाई रक्तस्राव और वायुमयन के तापन चम्पन से खुश्न की उपयोग १५. २ नतीने कठोर की रणार्थ म परमगनट के नज घोल, त्रिकलोग एलेटिक रमन और ३० प्रोतशन पानिहोवन घाल से जलाया जा सकता है या फरनाय नार नय फनारा नार ४ भाग त्रिकजाल के मिश्रण) से लेपा जा सकता है। अतान (दागने) वाला पाउडर (सिमिनिनोल और टेल्कम बगबर-बगबर) तथा क्रीमबर्गीन-मलरम प्रनिखन प्रय जाते हैं। नुकीले कंडाव के विकास को प्रोत्साहित करने वाले घटक दूर विन जाते हैं।

छुतहा मोलुस्क

यह रोग वृहत्तम छन्च वॉम्स मोलीटार मीमीनिस म होता है, जिसका छुतहापन प्रायोगिक तोर पर सिद्ध किया जा चुका है (जब इस रोग की क्षतियों का अतर्प्यद स्वस्थ व्यक्तियों के चर्म में पुनरापित किये गये)। पैटन रंगी या वीरुसवाहक व्यक्ति से प्रत्यक्ष संपर्क से या उनकी सट्टीपत वस्तुओं के माध्यम से प्रसारित होता है। यह रोग बच्चों में अधिक प्राधिक है। बाल प्रनिष्टानों में समय-समय पर बहुमारी फल जाया करती है। अतर्प्यन-काल वा सराह ग लेकर कई महीनों तक लबा हो सकता है। गटर के दान के बगबर और सामान्य त्वता के रंग की, या गुलाबी-भूरी (भुक्ता-सीप के रंग की) एक पविका बन जाती है। यह अर्धगोलाकार होती है, केद्र में क्रेटर जैसा गड्ढा होता है। अदर का द्रव्य छेने जमा होता है, जिसमें सूक्ष्मदर्शी से अवजनित चमकदार अडाकार उपकलीय कोशिकाएं दिखती हैं, इनमें बड़े-बड़े प्रोटोप्लाज्मिक अनवेश होते हैं (मोलुस्को के काय)। कांड आत्मगत अनुभूति नहीं होती। पविका अक्रेगी भी हो सकती है और दर्जना की सख्या में भी (प्रकीर्णित क्षतिया)।

बच्चों में इसके प्रिय स्थल चेहरे पर आखों के गिर्द, गरदन, वक्ष और हथेलियों के पीछे हैं। वयस्को में क्षतिया अधिकांशतः दाह्य जननेंद्रियां, जघन और पट पर होती हैं, जो मैथुन से पैटन की सभावना की ओर डंगित करता है। इसके निम्न तल्पिक रूप हैं--अम्हारी जैसा छुतहा मोलुस्क, जिसमें असख्य नन्हा क्षतिया उत्पन्न होती हैं, पादिकित छुतहा मोलुस्क, जिसमें इंटलनुमा (पादिकित) क्षतिया होती हैं; विशाल मोलुस्क, जिसमें क्षतिया सगम करके विशाल हो जाती हैं।

निदान में निम्न लक्षणां में सहायता मिलती है--पविका के पार्श्वों को चिमटी से दबाने पर उसके मध्य से सफेद दलिया जमा छेना-सदृश शृंगी कोशिकाओं का समूह और मोलुस्को के अंडवत काय निकलते हैं। कीलको के फंद में कोई

पानमन (गद्गा) नहीं होना, मुक्ता माण जमी मतह भी नहीं होती।

चिकित्सा—पर्विका को निपट्टे में दबाकर अंतर्द्रव्य निकाल दिया जाता है या नीच्या चम्मच से खुरचकर दूर कर दिया जाता है। इसके बाद आक्रान्ति-क्षेत्र पर 5-10 प्रतिशत साइट आयोडीन-टिचर लगा जाता है, फिर 3 प्रतिशत ओक्सोलोलीनुम या इंटर्फेरेन में युक्त मलहम लगाया जाता है। पारनापीय स्फुटन और शीन-चिकित्सा भी दी जाती है।

विसर्पी दिनाइ

विसर्पी दिनाइ को कापोसी (Kaposi) का मसूरिकावत स्फोट या टीकावत पीपिकाक्लेश भी कहते हैं। यह दद्रुग्रस्त (दिनाई से ग्रस्त) बच्चे को बुदबुदियानुमा चौरस शैवाक से पीडित व्यक्ति के सपर्क (ससर्ग) में आने के तीन से सात दिन बाद शुरू होता है। इसकी तल्पिक अभिव्यक्तिया प्रकीर्णित सरल विसर्प जैसी होती हैं। चर्म के ललामित और शोफित क्षेत्रों पर यत्र-तत्र पिटिकीय-कुम्भिक तथा पीपिकीय क्षतियाँ और एकल-कोष्ठीय वस्तिकाओं के प्रकीर्णित ग्रुप उत्पन्न होते हैं, जिनके मध्य में नाभि जैसा अवनमन होता है। वस्तिकाओं के अपचोपण के बाद मतरही क्षतांक रह जाते हैं। जननेद्रियों तथा मुख-कोटर की श्लेष्मल झिल्लिया भी अक्सर ग्रस्त हो जाती हैं। स्फोट अचानक तीव्र गरलक्लेश, तेजी से आये ज्वर ($39-40^{\circ}\text{C}$), धुधली चेतना और यकृत व लसपर्वों के वर्धन के साथ उत्पन्न होते हैं। क्लोमशोथ, छादिकीय कुसंवृत्तियाँ, मस्तिष्कशोथ, कर्णशोथ, शृंगीयुतिकाशोथ (कभी-कभी शृंगिका के व्रणन के साथ) और जठरांत्र की गडबड़िया भी विकसित हो सकती हैं।

ऊतगदलोचन—वस्तिकाओं का स्थान अंतराचार्य एवं अवचार्य होता है। फुलावयुक्त अवजनन के लक्षण विशिष्ट होते हैं। टीकाजनित दिनाइ के अधिकेद्र में रिसालु अवजनित कोशिकाएँ पायी जाती हैं।

कुछ केसों में भविष्यवाणी प्रतिकूल होती है। यदि बच्चा कमजोर और निशक्त है और आतर अंग तथा नर्वतंत्र भी रोग-प्रक्रिया की चपेट में आ गये हैं, तो परिणाम घातक भी हो सकता है।

चिकित्सा—अवसवेदक, एंटीहिस्टामीनिक व प्रशामक दवाओं तथा विटामिनो (विशेषकर B₁ व C) से चिकित्सा के साथ-साथ मेथीसाजोन (मार्बारान) निकियो (वयस्को के लिए छ दिनों तक सुबह शाम 0.2 ग्राम) या 10 प्रतिशत साइट निलंबन (वयस्को के लिये एक बड़ा चम्मच नित्य दो बार) के रूप में प्रलिखित किया जाता है। 6 वर्ष से ऊपर के बच्चों को मेथीसाजोन का 10 प्रतिशत साइट घाल चौथाई या तिहाई मध्यम चम्मच चार दिनों तक सुबह-शाम दिया जाता है।



टीकाक्लेश

बच्चे के लिये मारबोरेन की एक खुराक 0.04 ग्राम प्रति किलोग्राम (शरीर भार) है, जो चार दिनों तक हर छ घंटे पर दी जाती है। कई केस कोर्टिको से भी ठीक हो जाते हैं, जिन्हे प्रतिजीवकों (ओलेटेट्रिन, सेपोरिन आदि) और ग्लोबुलिन के साथ दिया जाता है। अनीलीन रजक और हेलिओमीसिन एरीथ्रोमीसिन के मलहम बाह्य उपचार के लिये प्रयुक्त होते हैं।

निरोध—सर्ल विसर्प से ग्रस्त व्यक्तियों को बच्चे की देखभाल नहीं चाहिए।

टीकाक्लेश (वाक्सीनता)

वाक्सीनता—उन द्रुगस्त बच्चों को होता है, जिन्हे छोटी शीतला (फि पौक्स) का टीका लगाया जाता है या टीका लगाये गये अन्य बच्चे के संप

चचक जमी अक्सर असर्माभन क्षतिया उत्पन्न होती हैं जिनका कटो में एक गहरा सा हावा है, इनके बाद क्षतांक नहीं रहता। क्षतिया पहले टीका (पाछ) के स्थल पर उत्पन्न होती हैं, जो बाद में प्रकीर्णित हो सकती हैं। कभी-कभी मुंह और जननेन्द्रियों का श्लेष्मल झिल्लिया और युक्तिका भी ग्रस्त हो जाती है। लसपर्व या तो परिष्पृशित नहीं होना, या बहुत हल्का-सा वर्धित होते हैं। रोग के साथ-साथ थाइ वुखार भी रहता है, लेकिन सामान्य अवस्था कापोसी के मसूरिकावत स्फोटों की तरह नहीं गड़बड़ाती है।

चिकित्सा—गामा ग्लोबुलिन की सुइया, प्रतिजीवक (ओलेटेड्रिन और ओमीसिन, सेपोरिन, एरीथ्रोमीसिन) और मेथीसाजोन प्रलिखित लिये जाते हैं।

भग का तीव्र व्रण

लिपशोयेट्स-चापिन द्वारा निरूपित भग का तीव्र व्रण अधिकांशतः युवा लड़कियों व स्त्रियों का होता है। इसका कारण डेडरलेइन (Doederlein) द्वारा वर्णित योनिक वासिल (वासिलुस क्रासुस) है, जो सामान्य परिस्थितियों में योनिक श्लेष्मला का कुणपतृण है (अर्थात् वह योनिक श्लेष्मला की मृत कोशिकाओं), उनके अपघटन के उत्पादों से अपना पोषण करने वाला सूक्ष्म उद्भिज है। व्रण के पूयिक स्राव में अनेक मोटे ग्राम-धनात्मक छड़ दिखते हैं, जिनका सिरा उच्छेदित शकृ की तरह होता है; ये ग्राम की विधि से या मेथीलेन नीले से रजित होते हैं।

गदजनन—यह माना जाता है कि ठंड लगने से या पैठनजनित रोग के कारण जब लड़कियां या स्त्रियों का शरीर कमजोर हो जाता है, तब डेडरलेइन के वासिल कुणपतृण से गदजनक रूप में परिणत हो जाते हैं। वर्धित परोर्जिक संवेदिता और इस निमित्त जीवाणु के प्रति शरीर का संवेदीकरण भी रोग-प्रक्रिया को प्रोत्साहित करते हैं (रोगी में वासिलुस क्रासुस की टीका से अतर्चार्म परीक्षण और प्रतिक्रिया का पूरक स्थिरकरण अक्सर धनात्मक होते हैं)।

तल्पिक चित्र—रोग का आरंभ अचानक होता है और प्रवाह तीव्र होता है, यह कुछ दिनों से लेकर दो सप्ताह तक चल सकता है। इसमें भग एवं भगोष्ठों की श्लेष्मल झिल्लिया शोफित और लाल होती हैं और उन पर अत्यंत पीडाजनक विमृत्तिक व्रण बन जाते हैं। व्रण सतही होते हैं, आधार मुलायम होता है, किनारिया सुरंगित होती हैं और तली से सीरमी-पूयिक भूराभ पीला स्राव होता है। एक या कई व्रण उत्पन्न हो सकते हैं। शरीर का तापक्रम ऊंचा पाया जाता है, कंपकपी होती है। व्रणों का शीघ्र ही उपकलाकरण और (व्रण) पूरण होने लगता है, इसके बाद खट्टी अलग होती है। क्षतांक सतही और सूक्ष्म होते हैं। रोग छुटहा नहीं है।

निदान—क्षतियों की अतिकोमलता और आयुरी वृत्त में मैथुन-घटना की

अनुपस्थिति में (क्योंकि गैंग छालों और कृमि चर्मरोगों का होता है) उस गैंग में मुलायम एवं कठोर कटवण और सीफिनिंग व ईदीयक चरणों के अपरदन पिण्डिकाओं से विभेदित किया जा सकता है। मुलायम कटवण और सीफिनिंग के अन्य लक्षणों और प्रयोगशाला परीक्षण (गुंथन परीक्षण और सीरमो-थेरी परीक्षण) के परिणामों का भी निदान में उपयोग होता है।

गॉठकल्शिक व्रण अक्सर अकेले (अलग-बलग) होते हैं, इनका प्रवाह चिरकालिक होता है, कोई तीव्र संवृत्ति नहीं होती। इनके स्त्राव में मो. यक्ष्मा अनुवेदित होते हैं। पिके (Piquet) मांटो (Montoux) और कोच (Koch) के परीक्षण धनात्मक परिणाम देते हैं।

जननेन्द्रियों पर चोरस शेवाक के विभेदक लक्षण हैं—ग्रुपों में उदात्त वस्त्रिकाओं के फटने पर क्षतियों की सूक्ष्म बहुचक्रीय परिखाएँ और अपरदन का नेजी में उपकलाकरण। जननेन्द्रिय पर पुनरावर्ती सरल विसर्प के रोगी अक्सर कोई पीड़ा नहीं महसूस करते।

चिकित्सा—पेनीसिलिन, गैंगोसिन, सिग्मामीसिन, ओलेटोड्रिन, टेड्राजोल्ड्रिन तथा एरीथ्रोमीसिन अक्सर स्वरक्त-चिकित्सा या गाना ग्लोबुलिन सुइयों के साथ प्रलिखित किये जाते हैं (अंतिम की आधी खुराक की सुई तीन दिनों में एक बार दी जाती है, कुल सुइयाँ तीन या चार होती हैं)। शरीर का विटामिन ए और बी-सकुल से संतृप्त रहना चाहिए। अवसंगटक तथा एंटीहिस्टामिनिक आधन और कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोन नन्हें खुराकों में दिये जाते हैं, यदि स्पष्ट तीव्र शोथी प्रतिक्रिया और कृताली प्रवाह प्रेक्षित होता है।

अत्यंत शोथी प्रतिक्रिया और तीव्र कोषलता की स्थिति में बाह्य उपचार के साधन प्रलिखित किये जाते हैं—शीतलकारी नाशन (बोरिक अम्ल का 2 प्रतिशत या मिल्वर नाइट्रेट का 0.25 प्रतिशत घोल) लगाया जाता है और इसके बाद जड़ी-बूटी (गुलदाउदी, गेदा, सत जोन के वर्ट, सहस्रपणा) के काटे के घोल में या पोटेशियम परमैंगनेट के हल्के घोल में कटिस्नान कराया जाता है। डेमाटोल-युक्त पाउडरो या लोकाकोर्टेन अथवा हिओक्सीजोन के मलहम के साथ समान मात्रा में केलेडुला का महलम मिलाकर स्नान के बाद लगाया जा सकता है।

जीनचर्मक्लेश या विरासती चर्मरोग

सामान्य सूचनाएँ

कुछ चर्मवन्तशों के विकास में आनुवंशिक घटकों की भूमिका का सिद्ध करने वाले फेसो तथा खानदानी चर्मरोगों के वर्णन नल्पिक चर्मलोचन में बहुत पहले से

माँचत होते रहे हैं तथा मैं जब आयुर्वेद जातकी आयुर्वेद की स्वतंत्र शाखा के रूप में अलग भी नहीं हुआ था। सबसे पहले मीनचमता में ग्रस्त रोगियों का वशवृक्ष ज्ञात हुआ था, यह रोग वश की कई संततियों के लोगों में पाया गया। पिछली शती के अंत में मेडेल द्वारा आविष्कृत संततियों में प्रबल एवं अवगामी (क्षीण) विशेषताओं के प्रकट होने के नियम की सहायता से ऐसी जातिकीय रीतियाँ प्राप्त हुई, जिनसे अनेक चर्मरोगों के विकास में आनुवंशिकता की भूमिका स्पष्ट की जा सकी। ये रीतियाँ हैं—रोगी के वशवृक्ष का अध्ययन (वश में किसे-किसे विचाराधीन रोग हुआ है), जुड़वे बच्चों का अध्ययन (एकयुग्मी और द्वियुग्मी यमजों में चर्मलोचनी गदलोचन का अध्ययन) और कोशिका-जातिकीय अध्ययन (कैरिओटाइप और सेक्स खोमाटिन की रज्यकाय-सचियों का अध्ययन) और चर्मलेखों (मुख्यतः हथेलियों पर पिट्टिकीय मेड़ो—घाड़ियों के नमूनों) का अध्ययन। इन खोजों के आधार पर कुछ चर्मरोगों को सामान्य चर्म गदलोचन की श्रेणी से अलग स्थान दिया गया (जीनीय चर्मक्लेश या जीनचर्मक्लेश) और यह स्थापित किया जा सका कि आनुवंशिक चर्मक्लेश जीन में उत्परिवर्तन से उत्पन्न होते हैं; उनके विरासतन के तथ्य और प्रकार भी स्थापित किये गये।

पिछले समय से जातिकीय खोज-रीतियों का भंडार काफी बढ़ा है; इसका कारण है जातिकी का विकास, जिससे जीन की भौतिक संरचना और विरासतन की प्रक्रिया को निर्धारित करने वाले उसके रासायनिक एवं भौतिकीय गुण ज्ञात हुए हैं। आण्विक जातिकी, इमूनो-जातिकी जैसी नवीन शाखाएँ उत्पन्न हुईं। इनमें एजाइमो, नुक्लेइक अम्ल के विनिमय तथा शरीर में द्रव्य-विनिमय के अन्य उत्पादों की उत्पत्ति और कार्यों में गड़बड़ी लाने वाली सामान्य परिस्थितियों का अध्ययन होता है। आधुनिक चर्मलोचन में चर्मक्लेशों और उनके प्रति जन्मजात (विरासती) प्रवणता के अध्ययन में जातिकीय विधियों का विस्तृत उपयोग हो रहा है।

जीनचर्मक्लेश रोगी के पूर्वजों की जननकोशिका में उत्परिवर्तन के फलस्वरूप उत्पन्न होते हैं, फिर भी उत्पत्तिर्जित जीन की उपस्थिति को सिद्ध करना और वश में उसके प्रसार-पथ को ज्ञात करना हर मूर्त केस में संभव नहीं होता। इसके कारण हैं—आदमी में नये उत्परिवर्तनों का उत्पन्न होना (जो पहले नहीं थे) और परिवार में अवगामी प्रकार के सदस्यों की संख्या कम होना। इसके अतिरिक्त, विरासती चर्मक्लेश जन्म से नहीं व्यक्त होते—उनका जन्मजात होना आवश्यक नहीं है और जन्मजात चर्मरोग का आनुवंशिक (विरासती) होना भी आवश्यक नहीं है। जन्मजात चर्मरोग विरासती भी हो सकते हैं और अंकुर-रुग्णता (गर्भधारण के चौथे सप्ताह से लेकर चौथे-पाँचवे महीने तक की अवधि में भ्रूण में जीवाणु-पैठन के कारण) या भ्रूणरुग्णता (गर्भधारण के चौथे-पाँचवे महीने से प्रसवकाल तक की

अग्रघि में पठन के कारण भाग सप्तमा ४ (जैकर chapter और भूषण ५ में अंतर करना आजकल प्रायः साहित्य में चलने माना जाता है। - जन्म)

भार्या चर्मरोगों का बाद रक्तना वाधि कि एक आदिर्नकल (या मिथ्या उत्परिवर्तन) नामक रोग भी है, जिसमें बाह्य घटकों के प्रभाव से कोई जीन किसी उत्परिवर्तन-विशेष की 'नकल' करने लगता है, फलस्वरूप तत्त्विकता: विरासती रोग से मिलते-जुलते रंग उत्पन्न होते हैं, जैसे लालागिक या मुदम काला कंटक्लेश (वर्णक-पिटिकीय कुपोषण का विरासती मुदम रूप) और दुर्दम काला कंटक्लेश (अविरासती दुर्दम वर्णक-पिटिकीय कुपोषण)। जीननकल का आस्तत्व भी संभव है, ये ऐसे विरासती रंग हैं, जो तत्त्विक लक्षणों में एक-दूसरे की नकल करते हैं, लेकिन भिन्न उत्परिवर्तित जीनों से उत्पन्न होते हैं (जैसे स्वाकायिक प्रबल और एक्स-संपर्की अवगामी मीनचर्मता)।

विरासती चर्मक्लेशों में रंजकायिक विपथन (रंजकायों की संख्या और संरचना में परिवर्तन) नियमित नहीं मिलता है। अधिकांश जीनचर्मक्लेश जैतिकीय उपकरण में अपेक्षाकृत सूक्ष्म परिवर्तनों, अर्थात् जीन में उत्परिवर्तन से उत्पन्न होते हैं; इन उत्परिवर्तनों के परिणाम (द्रव्य-विनिमय की प्रक्रिया में परिवर्तन, खमीरी रुग्णता खमीरों के कार्य या उत्पादन में गड़बड़ी आदि) जीवरासायनिक परीक्षणों से ज्ञात हो जाते हैं।

फिर भी वर्तमान ज्ञान के आधार पर जैतिकीय कारणों से उत्पन्न खमीरी दोष ज्ञात करने के प्रयत्न जीनचर्मक्लेश के अनेक रंगियों में असफल रहे। वर्तमान समय में सभी जीनचर्मक्लेशों का वर्गीकरण या तो रूपलोचनी आधार पर होता है (शृगणता की गड़बड़ी, वर्णकीय, बुल्लेदार आदि) या विरासतन प्रकार के अनुसार (स्वकायिक, प्रबल, अवगामी आदि)।

विरासती शृंगीक्लेश

मीनचर्मता—इस शब्द से करीब दर्जन भर अवस्थाओं को धोतित किया जाता है, जो तत्त्विकतः तो समान होते हैं, पर रोगलोचनी रूप से भिन्न होते हैं; ये अवस्थाएँ शृगण-प्रक्रिया में सामान्य गड़बड़ियों से उत्पन्न होती हैं। कुछ में तो चर्म की आक्रांति के साथ-साथ विभिन्न आंतर अंगों और तंत्रों की भी गड़बड़ियों के उन्हीं रूपों का वर्णन करेंगे, जो चर्मलोचनी अनुशीलन में अक्सर मिला करते हैं।

सामान्य मीनचर्मता—यह स्वकायिक प्रबल प्रकार से विरासतित होता है। रोग की अभिव्यक्ति एक से चार वर्ष की उम्र से शुरू होती है, 10 वर्ष की उम्र में चर्मोत्कर्ष पर होती है और पूरे जीवन भर बनी रहती है; सिर्फ यौन परिपक्वता के समय और गर्मियों में कुछ ठीक होती है। प्रक्रिया प्रकीर्णित प्रकृति की होती है

चर्म शुष्क और मांटी हो जाती है शल्कन होता है ललामी के बगर मशिकीय शृगन अक्सर प्रेक्षित होता है स्वेदक और वपाल ग्रथियों की क्रियाशीलता बहुत मंद हो जाती है, यहाँ तक कि बिल्कुल रुक भी जा सकती है। आक्रांति के मुख्य स्थल है—हाथ-पैर की ऋतुकारी सतह (कोहनी, घुटने), गुल्फ जहाँ शृंगी द्रव्य की अच्छी-खासी परत होती है और पीठ (मुख्यतः त्रिकास्थि का क्षेत्र)। ललाट और गाल की त्वचा बचपन में आक्रांत हो सकती है, पर बाद में शल्को से मुक्त हो जाती है। अंतरानितविक तथा सधिक पुटको, काख और जंघामूल के क्षेत्र में और जननेंद्रिय पर यह रोग नियमित नहीं होता। सामान्य मीनचर्मता की तीव्रता के अनुसार शल्कों के आकार और रंग बदलते रहते हैं—नन्ही, पतली, सफेद भूसी की तरह से लेकर चौड़े, बड़े और काले।

चर्म की शुष्कता और शृंगी परतो व शल्कों के संचय और प्रकार के अनुसार सामान्य मीनचर्मता के कई तल्पिक रूपों में भेद किया जाता है। चर्मशुष्कता सबसे हल्का रूप है, जिसमें चर्म शुष्क रहता है और शल्कन भूसी की तरह होता है। सरल मीनचर्मता में ये पटलित शल्क होते हैं, जो मोटे हो चुके, शुष्क, कड़े और रुक्ष चर्म के साथ जुड़े रहते हैं। चमकदार मीनचर्मता में शृंगी द्रव्य बहुत अधिक संचित हो जाते हैं—मुख्यतः हाथ-पैर पर, लोमकूपों (लोममशिकाओं) के मुहानों में। शल्को में मुक्ता-सीप जैसी एक विशेष चमक होती है। क्षतिया कभी-कभी फीतो के रूप में स्थित होती हैं, इसीलिये सांप के शल्क से मिलती-जुलती होती हैं। ये शल्क अपेक्षाकृत अधिक मोटे, अधिक शृंगित और गहरे काले रंग के होते हैं, इनमें गहरी घाइयाँ होती हैं (सर्पवत मीनचर्मता)। अंत में, सामान्य मीनचर्मता का बहुत ही विख्यात रूप है—साहीनुमा मीनचर्मता। इसमें शृंगी द्रव्य के मोटे कांटे जैसे भाग त्वचा से 5-10 मिलीमीटर ऊपर उभरे रहते हैं और कुछ सीमित चर्मक्षेत्रों पर साही के कांटों की याद दिलाते हैं, विशेषकर हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों पर। बाल और रोए भी शुष्क, पतले और विरले हो जाते हैं। नख भंगुर और पतले हो जाते हैं या (अधिकांशतः) मोटे हो जाते हैं।

मीनचर्मता के हल्के रूप से ग्रस्त रोगियों की सामान्य अवस्था काफी सतोषजनक होती है, रोग से उन्हें कोई परेशानी नहीं होती। तीव्र मीनचर्मता से ग्रस्त बच्चों का शारीरिक विकास बहुत मंदित हो जाता है। विभिन्न पैठनों के विरुद्ध शरीर की प्रतिरोधिता कम हो जाती है, बच्चों में चर्मपूयता, क्लोमशोथ और कर्णशोथ के विकास की प्रवृत्ति दिखने लगती है, जो घातक भी हो सकते हैं।

ऊतगदलोचन—अतिशृगनता के साथ-साथ अक्सर कणमय परत भी मोटी हो जाती है। लेकिन हल्की मीनचर्मता परत का आंशिक या पूर्ण लोप हो जाता है। बड़े-बड़े मशिकीय केरा टिनी (केराटोटिक, शृंगिक) प्लग नजर आते हैं। यह सब

सर्ल मीनचर्मता के लिये लछक है। प्लगी द्वारा उत्पन्न दाव मशिकाओं और वपा-ग्रथियों के निचले भाग मे कुपोषण शुरू हो जाता है। मालपीगी परन पतली हो जाती है। सुचर्म मे बहुत कम मात्रा मे परिकुम्भिक लसकोशिकय अतस्यदन देखा जा सकता है। कोलाजनी रेशो का काचरकरण और रजतप्रेमी रेशो का (स्वेद-ग्रथियों और लोमहर्षक पेशियों के गिर्द) मोटा होना सुचर्म की गहरी परना मे प्रेक्षित होता है। सामान्य मीनचर्मता के सभी रूपों में रूपलोवनी परिवर्तन सिफ मात्रात्मक होते हैं, गुणात्मक नहीं।

निदान—सामान्य मीनचर्मता के तल्पिक और रूपलोचनी निदान मे कोई कटिनाई नहीं होती। चर्मशुष्कता के निदान मे एक सहायक रीति प्रयुक्त होती है—स्वैचुला से त्वचा पर रेखा खींचने पर भूरी जैसा शल्कन आटे की तरह सफेद पड़ी के रूप मे प्रकट होता है। इसके अतिरिक्त, हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों तथा नितवों पर पिन के सिर जितनी बड़ी गठिकाएं नजर आती हैं, जिनका रंग भूरा या हल्का गुलाबी (कभी-कभी नीली आभा के साथ) होता है। चमकदार मीनचर्मता मे शल्को का मध्य भाग गाढे रंग का होता है, किनारियां कुछ उभरी होती हैं और ढल्के रंग की होती हैं, क्योंकि वे विलगित होने की दशा मे होती हैं। इससे इसे लोम-शैवाक से विभेदित किया जा सकता है, जिसमे हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों पर बाजरे जैसी रुक्ष पिटिकाएं पायी जाती हैं, इनका रंग सामान्य चर्म की तरह या ढल्का लाल होता है। इन पिटिकाओं का शीर्ष शृंगी शल्क से बना होता है, जो मशिकाओं के फूल मुहानों मे कसकर फंसे होते हैं। काटल शैवाक लोमकूपों के मुहानों में नन्हे शृंगिक उभारों द्वारा लछित होता है, उभार कुछेक मिलीमीटर ऊंचे होते हैं; उभार के भीतर अक्सर टूटा हुआ और स्पिंग की तरह पेंटा हुआ लोम मिलता है।

जतिकीय कारणों से उत्पन्न सामान्य मीनचर्मता को अर्जित मीनचर्मता से विभेदित करना चाहिए। यह विशेष महत्त्वपूर्ण है, क्योंकि रोग शुरू होने के समय निदान का विशेष लक्षण हमेशा नहीं होता। विरासती मीनचर्मता प्रथम बार कभी-कभी वयस्क उम्र में व्यक्त होती है, जबकि अर्जित मीनचर्मता बच्चे को भी हो सकती है (कभी-कभी इसके साथ अंकुराविक उत्वर्ध भी होता है, जिसे लसकणार्वक्लेश या लसकव्यार्ब कहते हैं)। अर्जित मीनचर्मता कुष्ठ और विटामिन ए की प्राथमिक एवं द्वितीय कमी से युक्त पोषणात्मक गड़बड़ियों के साथ भी हो सकती है।

चिकित्सा की कारगरता बहुत हद तक मीनचर्मता के प्रकार पर निर्भर करती है। इसके लिये रोग के तल्पिक लक्षण स्पष्ट होने चाहिए। लंबे समय तक विटामिन ए का प्रयोग सुसकेतित है—20-30 (बच्चों के लिये 10-15) वूद सांद्रित विटामिन ए भोजन से पहले या भोजन के समय भूरी रोटी (राई रोटी) के टुकड़े पर दिन मे तीन बार करीब चार से छः सप्ताह तक दिया जाता है। बाद मे

चाकत्सा कई बार दोहरायी जाती है अतपेशीय सुई के लिये विशेष रूप से निमित्त विटामिन ए से अधिक लाभ होता है। तैल में इसका घोल 0.5 मिलीलीटर (50000U) की मात्रा में सुई द्वारा एक दिन बीच देकर आधान कराया जाता है (प्रथम दो से चार सुइयाँ) और इसके बाद खुराक 1.0 मिलीलीटर तक बढ़ायी जाती है, पूरी चिकित्सा 15 से 20 सुइयों द्वारा होती है। बेहतर आत्मसातन के लिये विटामिन A के साथ विटामिन डी भी देना वाछनीय है—दिन में एक बार एक मध्यम चम्मच मुखमार्ग से, या अतपेशी सुई से (एरीविट, 1.0 मिलीलीटर की सुई नित्य या एक दिन बीच देकर, कुल 20 बार)। एविट की भी सलाह दी जाती है, यह तैल घोल है जिसके 1.0 मिलीलीटर में करीब 100000U (35 मिलीग्राम) विटामिन A और 100 मिलीग्राम विटामिन ई होता है। अतपेशीय सुई नित्य या एक दिन बीच देकर दी जाती है (कुल 20 से 30 सुइयाँ; एविट की सुइयाँ कुछ दर्दनाक होती हैं) या इस प्रसाधन का एक कैप्सूल दिन में दो या तीन बार दिया जाता है।

लोहे, फीटिन, कैल्सियम आदि के प्रसाधन मीनचर्मता के रोगियों को अक्सर बलवर्धक चिकित्सा के रूप में निर्दिष्ट किये जाते हैं। विटामिन बी-संकुल और गामा ग्लोबूलिन की सुइयाँ दी जाती हैं, रक्तचिकित्सा प्रयुक्त की जाती है। तीव्र केसों की चिकित्सा स्टेरोइड हार्मोनों से की जाती है, चर्मपूयता होने पर साथ में प्रतिजीवक भी दिये जाते हैं। थिरोइडिन की नन्ही खुराकें (बच्चों की—0.01-0.02 ग्राम दिन में एक या दो बार और बड़ों की—0.03-0.05 ग्राम दिन में एक या दो बार) 15 से 20 दिनों तक निर्दिष्ट की जाती हैं—ढालवत ग्रंथि की अवक्रिया-अवस्था में जिससे द्रव्य-विनिमय की प्रक्रिया मंद होने लगती है।

निम्न युक्ति से भी लाभ होता है—38-39°C तक गर्म पानी से स्नान के बाद चर्म को मुलायम करने वाला कोई मलहम या क्रीम लगाना, जिसमें 1 प्रतिशत सैलीसीलिक अम्ल मिलाते हैं या 0.25 प्रतिशत पोलीविटामिन-लवण से युक्त कोई मलहम या क्रीम लगाना (ताकि शल्क अच्छी तरह अलग हो जाया करें)। सल्फरकृत हाइड्रोजन के पानी या समुद्र-जल में स्नान, खनिज-स्रोतों का पक लेपना आदि भी सुसंकेतित हैं।

भविष्यवाणी—सामान्य मीनचर्मता के हल्के रूपों में युक्तिसंगत चिकित्सा से काफी अच्छी सफलता मिल सकती है। लंबे समय तक विटामिन ए से चिकित्सा, जल-चिकित्सा, तैलों का लेप (विटामिन से युक्त क्रीम, वनस्पति तैल, आसवित जल के साथ समान मात्रा में लानोलिन मिलाकर, स्पर्मासेटी क्रीम, लाई, कभी-कभी 0.25-0.5 प्रतिशत सोडियम क्लोराइड से युक्त क्रीमों का उपयोग) रोग को उग्र होने से रोकता है। तीव्र प्रवाह में भविष्यवाणी कम अनुकूल होती है।

जन्मजात मीनचर्मता स्वकार्यिक अशुभांगी प्रकार से विद्यमान हो मिलती है। रोग के लक्षण जन्म से ही मिलने लगते हैं। यद्यपि एक विशेषण रोग भी है (विलंबित जन्मजात मीनचर्मता), जिसमें रोग के लक्षण जन्म के कुछ मन्त्राह या महीने बाद उत्पन्न होते हैं। यह रोग सामान्य मीनचर्मता से अधिक उग्र होता है। त्वचा कुछ की पीठ जैसे मोटे मोटे शल्का से ढकी जाती है, अनेक धातु गहरा खांचे होते हैं, लेकिन मीनचर्मतावन चर्मरुणता की तुलना में त्वचा पर लक्ष्मण नहीं होती। उग्रतम रूप (गंभीर जन्मजात मीनचर्मता) त्वचा पर दिव्यनिक पटन और पोषण व श्वसन की गड़बड़ियों से कुछ टिनो में मृत्यु भी हो सकती है।

ऊतगदलोचन—सामान्य मीनचर्मता की तुलना में कहीं अधिक अतिशृंगनता प्रेक्षित होती है। कण्ठ परत बची रहती है, पर कृपोषित हो जाती है।

चिकित्सा सामान्य मीनचर्मता जैसी ही है।

जन्मजात मीनचर्मतावत चर्मरुणता—इस रोग के दो रूपों में भेद किया जाता है—बुल्लाहीन (सूखा) रूप जो स्वावगापी प्रकार से विरासतित होता है, और बुल्लेदार रूप जो स्वकार्यिक प्रबल प्रकार से विरासतित होता है। अनेक वैज्ञानिक जब बुल्लाहीन रूप को पटलीय मीनचर्मता और बुल्लेदार रूप को अधिक चर्म गिलायक मीनचर्मता के नाम से पुकारने लगे हैं, क्योंकि चर्मरुणता के इस रूप की खोजतयन है—अतिशृंगनता तथा कटलय का मेल और अधिचर्म मालपीगी परत की कोशिकाओं का गदोचीन्हक कणीय अवजनन शुरू हो जाना (निकोल्स्की के शब्दों में—कटशृंगविलयन)।

रोग का बुल्लाहीन रूप पूरे चर्म की विसरित रक्तस्फीति द्वारा लंछित होता है, चर्म शुष्क, तना हुआ और प्रचुर शल्को से आच्छादित होता है। हथेलियों व तलवों पर, कांख, कोहनी, घुटनों और जंघामूल के चर्म पुटकों में शृंगी शल्क बहुत बड़ी मात्रा में होते हैं। शल्क बड़े, मोटे और बहुभुजाकार होते हैं, उनका रंग भूरा होता है और वे अलग-अलग परतों में जमा होते हैं। हथेली और तलवों पर प्रक्रिया शृंगी-चर्मता से मिलती-जुलती होती है। चर्म-पुटकों के क्षेत्र में कीलक जैसे उत्त्वर्थ मिल सकते हैं। कुछ केसों में सार्वदैहिक ललामी और शल्कन बिल्कुल कूटाली हो जाते हैं और बुढ़ापे तक बने रहते हैं। अनेक उदाहरणों में ललामी काफी घट जाती है या बिल्कुल गायब हो जाती है और अतिशृंगनता तीव्र हो जाती है, विशेषकर चर्मपुटको पर। पलकी, नाक, होठों, कर्ण-पल्लव पर चर्म के कठोर होने के साथ-साथ अपरूपन भी प्रेक्षित हो सकता है (जैसे पलकों का पलटना)।

जन्मजात मीनचर्मतावत चर्मरुणता के बुल्लेदार रूप में स्पष्ट शोथी परिवर्तन (विशेषकर चर्मपुटको के क्षेत्र में) प्रेक्षित होते हैं। चर्म शोफित, तनावपूर्ण और मोटा हो जाता है। इस पर बुल्ले और दृढ़क रिसाव जन्म से ही शुरू हो जाते हैं।

अतिशृंगनता एक साल पूरा कर लेने पर या अक्सर तीन चार साल के बीच विकसित होती है। निकोल्स्की का लक्षण घनात्मक होता है। अधिचर्म की ऊपरी परत सरलतापूर्वक अलग हो जाती है। चेहरे की त्वचा अतिरिक्त, तनावपूर्ण, चमकदार और शल्को से प्रचुर होती है। नख मोटे और विकृत हो जाते हैं, अवनख अतिशृंगनता विकसित हो सकती है। बाल बचे रहते हैं। उम्र के साथ-साथ रोग का प्रवाह सुधरने की प्रवृत्ति नजर आती है। 3 या 4 वर्ष बाद वस्तिकाएँ विरले ही उत्पन्न होती हैं। तलवों और हथेलियों के चर्म पर हल्की अतिशृंगनता होती है।

ऊतलोचनी चित्र कणमय परत के अतिपोषण और सुचर्म में कटक्लेश और शोथी अंतर्स्पंदन द्वारा लाँछित होता है, ये लक्षण इसे सामान्य मीनचर्मता से विभेदित करते हैं। स्पष्ट अतिशृंगनता और कहीं-कहीं पराशृंगनता के क्षेत्र भी पाये जाते हैं। बुल्लेदार रूप में कटक्लेश के अतिरिक्त अधिचर्म मालपीगी परत की कोशिकाओं का कणीय अवजनन भी देखने को मिलता है।

इसका विभेदक निदान जब सामान्य मीनचर्मता के साथ किया जाता है, तो यह ध्यान में रखा जाता है कि यह रोग काख व जंघामूल के चर्म-पुटको और कोहनी व घुटनों के खातों को अपनी चपेट में नहीं लेता। मीनचर्मतावत चर्मरुणता नवजात शिशु में जन्मजात बुल्लेदार अधिचर्मलय के साथ विभेदित की जाती है, अंतिम में चर्मरुणता नहीं होती और बुल्ले स्वस्थ प्रतीत होने वाले उन्हीं क्षेत्रों पर उत्पन्न होते हैं, जो चोट, दाब व घर्षण के अधीन होते हैं। नवजात का बहुमार्मिक बुदबुदिया एक छुतहा रोग है, इसमें ज्वर होता है और विभिन्न आकार के बुल्ले शोफित, ललामिक पृष्ठभूमि पर उग आने हैं।

चिकित्सा के सिद्धांत वे ही हैं, जो मीनचर्मता के रोगियों के लिये हैं, लेकिन रोग के बुल्लेदार रूप में विटामिन ए के विरुद्ध रोग का प्रतिरोध और कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोन से चिकित्सा द्वारा सुधार देखने को मिलता है। जन्म के प्रथम दिनों में हार्मोनी प्रसाधन की 0.001 ग्राम प्रति किलोग्राम मात्रा प्रलिखित की जाती है (इस दैनिक खुराक को तीन-चार बार में बाँटकर देते हैं)।

विटामिन एच (बिओटिन) बच्चों को 3-5-10 मिलीग्राम दिन में दो या तीन बार देते हैं, रीबोफ्लाविन 5-10-15 मिलीग्राम की खुराक में नित्य दो बार माँ के दूध के साथ मिलाकर देते हैं, विसरित विटामिन ए (पाल्मीटेट) 5-10-15 बूंद दिन में दो बार वाठनीय है। मुखमार्ग से एविट (नित्य या एक दिन छोड़कर एक या दो कैप्सूल) और 0.5-10 मिलीलीटर रीबोफ्लाविन मोनोनुक्लेओटाइड (1 प्रतिशत सांद्र घोल) की सुई दो-तीन साल से बड़े बच्चों को एक दिन छोड़कर देना लाभकर होता है। सोडियम क्लोराइड, समुद्री लवण, चोकर या स्टार्च के साथ स्नान प्रलिखित किया जाता है, जिसके बाद चर्म पर गुलाब का तेल, कागेटालिन, विटामेड, चर्मरोग चिकित्सा 119

कोर्टिकोस्टेरोइड-मलहम (फ्लुसीनाइड, डल्टानान, 0.1 प्रतिशत माद प्रदनाजोनोन मलहम, मेलेस्टोडेम) या त्वचा मृदु करने वाला मलहम या क्रीम लगा जाता है, अंतिम में 3-5 प्रतिशत नाफ्थालान या 1.2 प्रतिशत मन्तोसीनिक अम्ल मिलाया जाता है।

लोम-शैवाक (कांटल शेवाक, समान लोम-शृंगनता) एक विरामनी रोग है और मीनचर्मता का एक पूर्वपार्ता (अकालपार्ता, एनोटिव) रूप है। यद्यपि यह वचपन में ही शुरू हो जाता है, इसका तत्त्विक लक्षण किशोरावस्था में ही स्पष्ट होता है। यह रोग स्त्री-पुरुषों दोनों को हो सकता है। सामान्य चर्म के रंग की नन्ही, शक्वाकार नुकीली पिटिकाओं के गुप कोहनी, पीठ, नितंबों और जाघों पर उत्पन्न होती है। पिटिकाओं के शिखर केराटिनी शल्कों से बने होते हैं, जो विस्फारित मशिकीय मुहानों में घुसे होते हैं। पिटिकाएं इन्ही मुहानों में स्थित होती हैं। क्षति अपचोषित होकर मुश्किल से दिखने वाले दाग छोड़ जाती हैं। इन क्षेत्रों में लोम-मशिकाएँ और वपाल ग्रथिया नष्ट हो जाती हैं।

चिकित्सा—विटामिन ए, ई और त्वचा मुलायम करने वाले मलहम तथा क्रीम प्रलिखित किये जाते हैं। प्राकृतिक निरोगालयों में चिकित्सा तथा समुद्र-स्नान भी फायदेमंद होते हैं।

दूरेन (Touraine) की बहुशृंगनता—यह बाह्य भ्रूणचर्म का परिस्थितिज आनुवंशिक कुविकास है। इसमें अनेक प्रकार की शृंगनताएं प्रेक्षित होती हैं, जैसे—तलवों तथा हथेलियों की चर्मशृंगनता, मशिकीय शृंगनताएं जन्मजात नखस्थूलता आदि। रोगी में निम्न लक्षण अवलोकित होते हैं—हथेलियों और घुटनों पर शृंगी परत भवंकर रूप से मोटी हो जाती है, नख अति पोषित होते हैं, बाल और अस्थिया कुपोषित होती हैं, दात अविकसित रहते हैं, सार्वदैहिक व स्थानिक अतिस्वेदन प्रेक्षित होता है, असंयत मूत्रण और बौद्धिक विकास का मंदन भी देखा जाता है (यहां तक कि मूढ़ता भी)। विभिन्न तीव्रताओं के साथ विकास की ये विसंगतियां रोगी के वंश में अनेक सगे-सबधियों के बीच पायी जा सकती हैं।

चिकित्सा—विटामिन ए और ई की बड़ी खुराकें और त्वचा मुलायम करने वाले मलहम और क्रीम प्रलिखित किये जाते हैं। स्टेरोइड प्रसाधन और प्राकृतिक निरोगालय सुसंकेतित हैं।

नार्वचर्मक्लेश

नार्वचर्मक्लेश के गुप में ऐसे रोग आते हैं जो तीव्र खुजली से शुरू होते हैं अक्सर साथ में गडबडिया भी होती हैं जो खुजली के साथ-साथ पूरे रोग

रूग्म्यान् बना रहती है इनमें कड़ु खुजली पित्ती कृमिनवक्लेशिक शोफ और नार्वचर्मशोथ के विभिन्न रूप आते हैं।

शब्द 'नार्वचर्मशोथ' पहली बार 1891 में ब्रौक (Brocq) और जैक्वेट (Jacquet) ने प्रयुक्त किया था; वे इन रोगों को चर्म नर्वक्लेश मानते थे, जिनमें विशिष्ट प्रकार की तीव्र खुजली होती है और बाद में चर्म का शैवाकीकरण होने लगता है।

ब्रिटिश-अमरीकी आयुर्-साहित्य में विसरित नार्वचर्मशोथ को अक्सर 'आटोपिक चर्मशोथ' कहते हैं, जिससे रोग की जन्मजात प्रकृति स्पष्ट होती है। लेकिन 'नार्वचर्मशोथ' नामक इस पीडादायक एवं कुटाली चर्म के हेतुलोचन और गदजनन से संबंधित आधुनिक धारणाओं के बिल्कुल अनुरूप है।

सोवियत आयुरी साहित्य में नार्वचर्मक्लेशो का निम्न वर्गीकरण स्वीकृत किया गया है—(1) चर्मखुजली, स्थानाबद्ध, सार्वदैहिक, (2) नार्वचर्मशोथ, स्थानाबद्ध, विसरित; (3) कंडु, पयोपा में, वयस्क में, पर्विकीय; (4) पित्ती (चिरकालिक)।

चर्म-खुजली

यह अपने आप में एक स्वतंत्र रोग है, जिसमें तीव्र एवं कुटाली खुजली होती है, खुजली के कारण खरोंचे भी पड़ती रहती है। खुजली अनुभूत करने वाले अधिग्राहकों (रिसेप्टरों) की विशिष्टताओं के बारे में लोग अभी भी एकमत नहीं हैं। माना जाता है कि खुजली की अनुभूति पीड़ा अनुभूत करने वाले नर्व-सिरो द्वारा या मज्जाहीन रेशो के सिरो द्वारा होती है। खुजलाहट की संवेदना की उत्पत्ति में चर्म का सारा संवेदी उपकरण भाग ले सकता है। खुजली की संवेदना अंतर्प्रेरित करने वाले स्पंद मज्जाहीन C-तंतुओं (रेशों) के सहारे अधोवल्कुटी एवं वल्कुटी केद्रों तक पहुंचाये जाते हैं।

चर्म-खुजली का निदान करने से पहले चर्म, रक्त, यकृत, वृक्क, अधोजठर, द्रव्य-विनिमय आदि की गड़बड़ियों से संबंधित उन सभी रोगों की संभावनाओं को गलत सिद्ध करना पड़ता है, जिनमें खुजली एक लक्षण के रूप में उपस्थित होती है। इस रोग में कोई भी प्राथमिक रूपलोचनी क्षति नहीं होती। जहां तक द्वितीयक रूपलोचनी क्षतियों का सवाल है, तो वे निस्तवचन एवं रक्तस्राव के रूप में हो सकती हैं (विदुक् या रैखिक)। हमेशा खुजलाते रहने से कुछ रोगियों के नखों की किनारियां बिल्कुल चिकनी और चमकदार हो जाती हैं। खुजली अक्सर सुबह और रात को दौरों के रूप में होती है, दिन में अपेक्षाकृत कम होती है। इसकी उग्रता हल्की से अतितीव्र तक हो सकती है, जिससे आशिक या पूर्ण अनिद्रा हो जाती है। तेज खुजली रोगी के कार्य में भी बाधक होती है। शैवाकीकरण कभी-कभी तीव्र



खुजली और खरोचों की पृष्ठभूमि में होता है। ऐसे केसों में कहा जाता है कि चर्म खुजली नार्चर्मशोथ में विकसित हो गयी है। विस्तार के अनुसार खुजली मानदंडिक अथवा स्थानाबद्ध हो सकती है। स्थानाबद्ध खुजली अक्सर जननेन्द्रियों (भग, जइकोप) तथा पृष्ठद्वार के क्षेत्र में होती है। कभी-कभी वह जाघ तथा पैर की मध्य मंजों पर तथा सिर व गर्दन पर भी विकसित हो सकती है। स्थानाबद्ध चर्म-खुजली के कारण निम्न हैं—जोंक (प्रमुखतः सूत्र-कृमि), भग, योनी, ऋजु आत (स्कटम) व पृष्ठद्वार की श्लेष्मल झिल्लियों का शोथ, स्थानीय गडबड़ियाँ (खुजली वाले क्षेत्रों पर वर्धित स्वेदन) के साथ-साथ पनपूनर्वक्लेश; नार्चमानसिक, नर्वयौन, अतर्मायी तथा अन्य गडबड़ियाँ। सार्वदैहिक खुजली भी इन्हीं क्रियात्मक गडबड़ियों से होती है, लेकिन अन्य कारण भी हो सकते हैं, जैसे—अधेऽ एवं वृद्ध लोगों में द्रव्य-विनिमय की गडबड़ियाँ (जराकीलन खुजली), गरलक्लेश (सर्गर्भताकाल की खुजली) तथा अन्य जो सदा स्पष्ट नहीं हो पाते।

चिकित्सा—निम्न एंटीटिस्टामीनिक प्रसाधन लक्षणपरक (सिंपटोमेटिक) चिकित्सा में सहायक होते हैं—मेबहाइड्रोलीन नापाडीजीलेट (डिओजोलिन) (0.05-0.1 ग्राम, दो या तीन बार नित्य), प्रोमेथाजीन हाइड्रोक्लोराइड (पीपोल्फेन), ख्लोरोपीरामीन (सुप्रोस्टिन), फेनेथार्जीन (0.25 ग्राम नित्य तीन बार, दोपहर के बाद और शाम को अधिक लाभप्रद होता है) और डीफेनिलहाइड्रामीन हाइड्रोक्लोराइड (0.03-0.05 ग्राम दिन में दो बार)। सुप्रोस्टिन या पीपोल्फेन (2.0-2.5 प्रतिशत साद्र घोल के 1-2 मिलीलीटर) की अतर्पेशीय सुई का अधिक खुजलीविरोधी असर होता है।

कुछ रोगियों में कैल्सियम के प्रसाधनों का अच्छा प्रभाव पड़ता है (कैल्सियम क्लोराइड के 10 प्रतिशत साद्र घोल के अतर्शिरीय आधान या कैल्सियम ग्लूकोनेट के 10 प्रतिशत साद्र घोल की अतर्शिरीय सुई से)। इन्हें परानुकपी नर्वतंत्र की तानता (लाल चर्मालेख) की प्रवृत्ति (प्रिडोमीनेंस) की स्थिति में प्रलिखित करना चाहिए। अनुकपी-तानता (श्वेत विलंबित और स्थायी चर्मालेख) में ये प्रसाधन प्रतिसंकेतित हैं, क्योंकि वे पनपू नर्वतंत्र के अनुकपी भाग को उद्दीपित करते हैं। कुटानी ओर कष्टप्रद खुजली के कुछ रोगियों को कोटिकोस्टेरोइड हार्मोन दिये जा सकते हैं यदि वे प्रतिसंकेतित न हों। कोटिकोस्टेरोइडों से चिकित्सा के साथ-साथ वेधुत्-निद्रा और स्वापन के उपयोग की सलाह दी जाती है। जराकालीन खुजली के रोगी को सामान्य अश्व-पुच्छ (Equisetum नामक पौधे) का काढ़ा पीने की सलाह दी जाती है (तीन चौथाई उबलते पानी में अश्वपुच्छ का एक बड़ा चम्मच डालकर बर्तन उतार लेते हैं; एक-डेढ़ घंटे बाद काढ़े को छानकर उसे एक-एक घूट सारा दिन पीते हैं। चिकित्सा दो-ढाई सप्ताह चलती है)।

नर्वक्लेशिक गडबड़ियाँ वाले रोगियों को प्रशामक (ब्रोमाइड, यदि अच्छी

तरह सहन होता है), वालारआन और नार्जपातक (सद्गुस्मन पथाय 18 भाजफाम, ख्लोरडिआजेपोक्सीड, निविडम, त्रिओक्साजीन) दिये जाते हैं। सावधानीपूर्वक खुजली में लाभ के लिये निम्न भौतिकीय चिकित्सा का उपयोग होता है - कृत्रिम या प्राकृतिक (तदनुरूप निरोगालय में) सल्फरित हाइड्राज या रोचोन स्नान, नलन की छाल या गेदों के काटे को जल में मिलाकर स्नान, चोकर के पानी में स्नान (एक बार में एक किलोग्राम) और समुद्र-स्नान। बाह्य चिकित्सा के रूप में (जो सार्वजनिक खुजली में अस्थायी लाभ पहुंचाती है) थीमोल, कार्बोलीक अम्ल, मेंथोल का 1-2 प्रतिशत सांद्र अल्कोहलिक घोल, क्लोरोटोन (ख्लोरोनूटाल) का 5 प्रतिशत सांद्र घोल 60-70 प्रतिशत एथिल अल्कोहल में, ख्लोरल हाइड्रेट और मेंथोल-युक्त शंक मिक्चर का प्रयोग होता है। चर्म की शुष्कता का इलाज मुखमार्ग से विटामिन A, B₂ व B₃ द्वारा और किसी मृदुकारी क्रीम (lanolini. ol. Olivarum, Aq. distill. aa 30.0) द्वारा होता है।

स्थानाबद्ध खुजली में हमने खुजलीग्रस्त चर्म-क्षेत्र के गिर्द सुइयों की एक रीति प्रस्तावित की है। पहले आक्रांति-क्षेत्र को एथिल क्लोराइड से धोकर उसे (क्षेत्र को) सजाहीन करते हैं (या कोई संज्ञाहरण नहीं किया जाता), फिर 0.15-0.25 प्रतिशत सांद्र 'मेथिल नीला घोल' को बेन्केन और किसी प्रोलीगेटर के साथ मिलाकर अतर्पेशीय सुई देते हैं।

Rp Sol Methyleni coerulei medicinalis 0.25% 100
Bencaini 40
MDS सुई के लिये

सुई के ठीक पहले इस घोल की 10-15 मिलीलीटर मात्रा को बुन्केन और मेथिलेन नीला का खुजलीविरोधी प्रभाव दीर्घ करने वाले द्रव्य के साथ (उसी मात्रा में) मिला लेते हैं। डॉक्टरी जेलाटिन, पोलिवीनिल या पोलिवीनिलपिरोलीडोन (पोवीडीन) के 10 प्रतिशत सांद्र घोल के साथ, अंतिम प्रसाधन सबसे अच्छा है, लेकिन उसका आप्ठिक द्रव्यमान 40000 से कम नहीं होना चाहिए।

एथिल क्लोराइड से सिचन या कार्बन-डायक्साइड-बर्फ से सतही शमन का उपयोग अडकोष (फोते) की स्थानाबद्ध खुजली में होता है। भग की खुजली के कुछ केसों में, जब अन्य रीतियां असफल हो जाती हैं, जननेंद्रिय के नर्वों का दोतरफा उच्छेदन या अल्कोहलीकरण किया जाता है।

स्थानाबद्ध खुजली की चिकित्सा बक्की की और डिआडिनामिक (पागप्रवेगिक) धाराओं (आयन मोड्यूलेटो) से की जाती है। कोटिकोस्टेरोइड मलहमों से अस्थायी तौर पर आराम मिलता है। ये मलहम हैं सीनालार लोकाकोर्टेन 1.2 प्रतिशत 0.5-1.0 प्रतिशत प्रेदनीजोलोन या 3-5 प्रतिशत टार बोरिक

अम्ल स युक्त मलहम जनन-ग्रथियो क गर्भोर्ना (मुख्यत पुमज से युक्त क्रीम मथिल या टस्टास्टेरान प्रोपिओनट (लानोलिन के आधार पर 0.5 0.25 ग्रानिशत मात्रा के साथ)।

नार्वचर्मशोथ

नार्वचर्मशोथ एक चिक्कालिक पुनरावर्ती शोथी चर्मरोग है, जो तीव्र खुजली, पिट्टिकीय स्फोटों और स्पष्ट शैवाकीकरण के माध्यम से व्यक्त होता है।

परिसीमित और विसरित नार्वचर्मशोथों में भेद किया जाता है। कई अविशिष्ट रूप भी हैं—अतिपोंपित नार्वचर्मशोथ (विशाल शैवाकीकरण), अतिशृंगी (मसेदार), मशिकीय नार्वचर्मशोथ, चेहरे का विसरित शैवाकीकरण आदि।

हेतुलोचन और गदजनन—नार्वचर्मशोथ मुख्यतः अतर्जनित घटकों के प्रभाव से होता है, जिनमें निम्न की गणना होती है—नर्वतत्र, अतर्जावी ग्रथियो और आंतर अंगों के कार्य में गड़बड़ियाँ, द्रव्य-विनिमय की गड़बड़ियाँ और प्रतिकूल परिवेशी घटकों के प्रभाव से होने वाली भीतरी गड़बड़ियाँ।

विभिन्न स्तरों की नर्वक्लेशिक गड़बड़ियाँ भी पायी जाती हैं—वर्धित उत्तेजन या वर्धित नियंत्रण, शीघ्र क्लान्ति, दुर्बलता, रागात्मक अस्थिरता, अनिद्रा आदि। इन सबके साथ-साथ यंत्रणादायक और कुटाली खुजली होती रहती है, जो नार्वचर्मशोथ का मुख्य लक्षण है। विद्युमस्तिष्कलेख, प्लेथिस्मोग्राफी, खोनाक्सीमेट्री तथा अन्य रीतियों से परीक्षण करने पर पता चलता है कि सबसे पहले केन्द्रीय नर्वतत्र में गड़बड़ियाँ हैं, फिर पनपू नर्वतत्र में (स्थायी श्वेत चर्मलेख, स्पष्ट लोमहर्षक (या लोमप्रेरक) प्रतिवर्त, ताप-नियमन, स्वेदन और वपास्राव में गड़बड़ियाँ आदि)।

केन्द्रीय नर्वतत्र के उच्च भागों के कार्य में गड़बड़ी की प्रकृति प्राथमिक हो सकती है और नार्वचर्मशोथ की उत्पत्ति में हेतुलोचनी भूमिका निभा सकती है। कुछ रोगियों में वे द्वितीयक प्रकृति की भी हो सकती हैं, जो कुटाली चर्मरोग, प्ररक्षित एव तीव्र खुजली और अनिद्रा से होती है। द्वितीयक नर्वक्लेशिक गड़बड़ियाँ गदजनक महत्त्व रखती हैं और नार्वचर्मशोथ का प्रवाह तीव्र कर देती हैं। इस तरह एक दुश्चक्र बन जाता है—नार्वचर्मशोथ का उग्र प्रवाह तथा यंत्रणादायक खुजली नर्वक्लेशिक गड़बड़ियों को सहारा देती है और तीव्र करती है, जबकि नर्वक्लेशिक गड़बड़ियाँ नार्वचर्मशोथ के प्रवाह को गभीर बना देती हैं।

हमारी खोजों के अनुसार नार्वशोथ के रोगियों में अधिवृक्क वल्कुट, ढालवत ग्रथि एव जननग्रथियों के कार्यों में गड़बड़ी पायी गयी है। तीव्र नर्वक्लेशिक गड़बड़ियाँ (वर्धित उत्तेजनता, रागात्मक अस्थिरता, खुजली से सबधित दीर्घकालीन ऋणात्मक भावनाएँ, अनिद्रा) स्त्रंसी घटक (स्ट्रेस फैक्टर) है, जिनमें अधिवृक्क

वल्कट का अधिक तीव्रता से काम करना पड़ता है। इन प्रश्नों और नात्र शोथ प्रक्रिया की परिस्थितियाँ में उसका कार्य धीरे धीरे बढ़ जाने लगता है और रक्त के सो में तो बिल्कुल बढ़ हो जाता है। अधिवृक्को का कार्य पृणतया बढ़ हो जाने पर वे वधित आवश्यकता के अनुसार एंटीशोथी कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोन (कोर्टिजोन, हाइड्रोकोर्टिजोन) अधिक मात्रा में आवित नहीं कर पाते। दूसरी ओर, नर्वचर्मक्लेश के रोगी में एंटीशोथी हार्मोन की आवश्यकता अधिक मात्रा में होती है। कोर्टिकोस्टेरोइड स्त्राव में यह विरोधाभासयुक्त कमी शोथी प्रतिक्रिया को तीव्र कर देती है, अर्थात् चर्म में रोग-प्रक्रिया को तीव्र कर देती है, परोर्जिक प्रतिक्रिया को उग्र कर देती है। यह कुछ हद तक नार्वचर्मशोथ (संभवतः अन्य चर्मक्लेशों के भी) रोगियों में नर्वमानसिक चोटों के बाद या दीर्घकालीन ऋणात्मक रोगों के अंतर्गत रहने पर रोगक्रिया उग्र होने लगती है।

उपर्युक्त बातों से सिद्ध होता है कि विसरित एवं प्रकीर्णित नार्वचर्मशोथ के रोगियों के लिये रक्षी दिनचर्या (प्रोटेक्टिव रेजिमेन) प्रलिखित करना चाहिए। स्थापन में सामान्य शांतिदायक एवं धनात्मक रोगों का शब्दाधान करना चाहिए, स्थापन और विद्युनिद्रा के साथ धीरे-धीरे घटती मात्रा में कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोन भी देने चाहिए।

नर्वचर्मक्लेश के रोगियों में ढालवत ग्रंथि की क्रियाशीलता बढ़ी होती है, विरलत घटी हुई भी होती है, अक्सर वे जनन-ग्रंथियों की निष्क्रियता से पीड़ित होते हैं। इसीलिये नार्वचर्मशोथ के हेतुलोचन और गदजनन में नार्व-अंतर्सावी गडबडियों और परोर्जिक प्रतिक्रियाओं की भूमिका प्रमुख होती है।

विभिन्न कारणों और अंतर्सावी गडबडियों से नर्वतंत्र का दीर्घकालीन तनाव ऐसी पृष्ठभूमि तैयार करता है, जिस पर 'चार्म नार्वक्लेश, अर्थात् नार्वचर्मशोथ तथा अन्य परोर्जिक प्रतिक्रियाएँ विकसित होती हैं।

नार्वचर्मशोथ में परोर्जिक अवस्था का महत्त्व निम्न घटकों से प्रमाणित होता है—

(1) विसरित नार्वचर्मशोथ अक्सर पयोपा-दद्रु से शुरू होता है, जो नियमित पारश्लेषण की पृष्ठभूमि पर उत्पन्न होता है। पयोपा-दद्रु के अतिरिक्त वपासावी (और विरलत वास्तविक) दिनाइ भी धीरे धीरे नार्वचर्मशोथ में परिणत हो जाते हैं (यदि वे प्ररक्षित प्रवाह ग्रहण कर लेते हैं)। इस तरह की परिणतियाँ पयोपा-दद्रु और वयस्को में वपासावी दिनाइ के लिये लंछक हैं। अत्यल्प प्रायिक केसों में सीरमी या दद्रु-कूपों के रूप में रिसाव वाला वस्तिकायन और तीव्र शोथी प्रकृति की ललामी तल्पिक चित्र में अधिक हावी रहती है, वनिस्वत कि शैवाकीकरण से युक्त पिटिकीय स्फोट और अंतर्स्यदन।

(2) पार्श्विक स्फोट आ खुजली स्थानाबद्ध नार्चर्मशोथ में मुख्य अधिकर्द्रो से दूर स्थित चर्मक्षेत्रों पर भी पायी जा सकती है।

(3) नार्चर्मशोथ के अनेक रोगियों का शरीर प्रतिजीवका, किन्हीं अन्य दवाओं या खाद्य सामग्रियों के प्रति अतिसवेदी होते हैं।

(4) नार्चर्मशोथ के साथ-साथ रोगी में अक्सर अन्य पार्श्विक रोग भी पाये जाते हैं, विशेषकर ब्रॉन्कीटिस, कुर्भाप्ररक नासाशोथ और पित्ती।

(5) हमारे विभाग में संपन्न किये गये परीक्षण यह दिखाते हैं कि नार्चर्मशोथ से पीड़ित अनेक रोगियों में बॉयडन (Boyden) के निष्क्रिय रक्तस्कदन परीक्षण, कूम्स (Coombs) और कुंस (Kuns) के एंटीग्लोब्यूलिन-परीक्षण आदि जैसी इम्यूनो-पार्श्विक प्रतिक्रियाएं तीव्र धनात्मक होती हैं। इससे इन रोगियों में एकसंयोजी प्रतिकार्यो (स्व-प्रतिकार्यो) की उपस्थिति सिद्ध होती है।

सर्वप्रथम केंद्रीय नर्वतंत्र की, फिर पनपू नर्वतंत्र और अतर्सावी तंत्र की गड़बड़ियों की दृष्टि से नार्चर्मशोथी की उत्पत्ति का कारण समझने के प्रयत्नों और इस रोग में शरीर की पार्श्विक अवस्था तथा विभिन्न आंतर अंगों की द्रव्य-विनिमय से संबंधित गड़बड़ियों की भूमिका स्पष्ट करने के प्रयत्नों के बीच कोई अंतर्विरोध नहीं है, उल्टा, ये एक-दूसरे के पूरक हैं। नर्वतंत्र की गड़बड़ियों के साथ अक्सर अतर्सावी व्यवधानों (अधोवर्ध-अधिवृक्कीय तंत्र और अपेक्षाकृत विरलतः ढालवत एवं जनन-ग्रंथियों की गड़बड़ियों) के अवलोकन से इस बात की पुष्टि होती है कि नार्चर्मशोथ के गदजनन में नार्चअतर्सावी गड़बड़ियों की ही प्रमुख भूमिका होती है।

ऋजु आंत और मल-मार्ग की श्लेष्मल झिल्लियों के चिरकालिक अतिश्यायी शोथ से पृष्ठद्वार के क्षेत्र में स्थानाबद्ध नार्चर्मशोथ और खुजली के गदजनन में महत्वपूर्ण भूमिका होती है। बड़ी व छोटी (तथा दोनों) आंतों और जठर (या तीनों) के चिरकालिक शोथ के साथ-साथ ऋजु आंत तथा मल-मार्ग (या दोनों) का भी शोथ होता है और मल-विसर्जन में अवरोध होने लगता है। इससे शरीर में आंत के गरणकारी द्रव्यों का अपचोषण होने लगता है (शरीर का स्वगरल-क्लेश या स्वगरलता)। अतिसार या मल में श्लेष्मता के साथ कब्ज के कारण पृष्ठद्वार की श्लेष्मता और चर्म क्षोभित हो जाते हैं और इससे भी इस चर्मक्षेत्र में नार्चर्मशोथ के उग्र होने की परिस्थितियां बन जाती हैं। इस पृष्ठभूमि पर कवकज या खमीरज क्षतियां उत्पन्न हो सकती हैं। पृष्ठद्वार के गिर्द विदार, रक्तस्रावस (अधिकांशतः बाह्य, विरलतः आंतरिक) और जोंक (मुख्यतः सूत्र-कृमि) भी इस क्षेत्र में स्थानाबद्ध खुजली और नार्चर्मशोथ विकसित कर सकते हैं।

बाह्य जननेंद्रियों के क्षेत्र में स्थानाबद्ध नार्चर्मशोथ के गदजनन में मुख्य

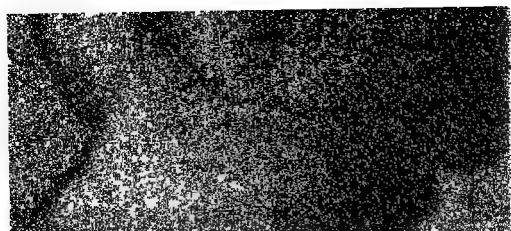
मृमिका निम्न की गता है नाचयान गदशाया जनन गायया तथा गर्भेन खात्र म
सबधित गडवाव्या, जननीटयो व लन म त्वाधर आशो प्रक्रियाया और गान प्र
क चिरकालिक गगा की (विशेषकर गर्भाजय के अधान के जीव, गर्भाशन की
श्लष्मन झिल्ली के शोध और पुर्या में तन्मयशोध की)।

अर्थात् शोथी प्रकृति की ललायिक गुणधाम में चर्म के अक्षयकण म
अतर्प्यदन विसरित नार्वचर्मशोथ व नाचय दिव पर लगी रहता है। आशान क
अधिकेद्र अधिकांशन चर्मे, गर्दन, हाथ पर ही कबुलगी नता। (मानवी भाग
घुटनों के विपरीत तरफ गहुनुमा क्षेत्रों, जननीटयो व क्षेत्रों, अर्णों की मध्य मन्ता
तथा शरीर के अन्य क्षेत्रों पर हात है। प्रार्थनिक स्थलाचनी क्षान्तियों के रूप में
अक्सर अधिचार्म एव सुचाम पिटिकाएं पायी जाती हैं। रंग में उन्हें स्वस्थ त्वचा म
अलग करना मुश्किल होता है और कहीं-कहीं पर वे सगम करके पिटिकीय
अतर्प्यदन के क्षेत्र बनाती हैं। आक्रांति-क्षेत्र पर त्वचा अक्सर अतिवर्णित और
शुष्क हो जाती है, उस पर असंख्य निम्नचन और सूक्ष्म चोंकर जैसा शल्कन
दिखाई पड़ता है। नैसर्गिक पृष्ठों में अंतर्प्यदन की पृष्ठभूमि पर रेखित विदार पाये
जाते हैं। चर्म की आक्रांति निम्न लक्षणों में व्यक्त होती है—तीव्र खुजली और
एकलरूपी अनेक केसों में किसी-न-किसी डिग्री की नर्वकलोशिक गदवाव्या, श्वेत
चर्मालेख, स्पष्ट लोमहर्षक प्रतिवर्त, ये सब मिलकर नार्वचर्मशोथ का लच्छक
तल्पिक चित्र बनाते हैं। नार्वचर्मशोथ के गर्गियों में अवकांटिकता (कोटि-कोस्टेरोइड
का अपर्याप्त स्त्राव) अतिवर्णकता के अतिरिक्त अक्सर निम्न लक्षणों में व्यक्त
होता है—अवतान, अवप्रवेगन, परोत्रिक प्रतिक्रियाएं, जठर-रस का अल्प स्त्राव
रक्त-अवमिष्टता, मूत्र-विसर्जन में कुछ कमी, दुबलापन (शरीर के भार में कमी),
वर्धित क्लाति।

विसरित नार्वचर्मशोथ अक्सर मौसमी होता है। रोगी की दशा अक्सर
गर्भियों में सुधर जाती है और जाड़ों में बिगड़ जाती है। कुछ केसों में प्रक्रिया के
साथ-साथ ब्रौंखी दमा, परागज ज्वर, कुंभीप्रेरकीय नासाशोथ तथा अन्य परोत्रिक
रोग होते हैं। प्रक्रिया का इंपेतिगीकरण और ददुकरण भी संभव है (वस्त्रिकायन का
विकास, अल्पकालीन रिसाव, तीव्र शोथी प्रकृति की ललामी)।

विसरित नार्वचर्मशोथ को यदि गदोतलोचनी दृष्टि से देखा जाये, तो वह
निम्न लक्षणों से ललित होता है—परा एव अतिशृंगनता, हल्के कंटलयक्लेश, आतर
एव अतराकोशिकीय शोफ, पिटिकाओं के शोफ, गोल-कोशिकीय (लसोतकोशिकीय)
अतर्प्यदन, जो अधिकांशतः सुचर्म में हल्का विस्फारित कुंभियों के गिर्द पाया जाता
है।

स्थानाबद्ध नार्वचर्मशोथ सीमित चर्म-क्षेत्र पर ही उत्पन्न होता है, लेकिन



स्थानाबद्ध नार्चर्मशोथ (विडाल का शैवाक)

कारण वह रोगी के लिये बड़ा यत्रणादायक होता है। खुजली शाम उत्पन्न होती है। इसके प्रिय स्थल हैं—गरदन की पश्च और पार्श्व व जननेंद्रिय के क्षेत्र (इन रोगियों में जांघ की मध्य सतह भी ग्रस्त रहती है), नितंबों के बीच का पुटक, वृहत् संधियों की। शुरू में रोग-स्थल पर त्वचा अपरिवर्तित रहती है। बाद में बनावट की पिटिकीय क्षतियां उत्पन्न होती हैं, जो चोकर जैसे होती हैं; कहीं-कहीं खुजली से खरोँचें भी बन जाती हैं। इसके बाद अधिकांशतः शैवाकवत् पिटिकाएं संगम कर जाती हैं और विभिन्न रंग (सतत पिटिकीय अतर्प्यदन) बना लेती हैं, जिनका रंग फीका या लाल तक हो सकता है; उनकी परिरेखाएं गोल (वृत्ताकार) या अशुद्ध। चर्म पर नक्काशी जैसी आकृतियां स्पष्ट होती जाती हैं, अर्थात् प्रकसित होने लगता है। त्वचा कीमुख्त जैसी होती जाती है। चर्मशोथ में प्रक्रिया जब अपनी पराकाष्ठा पर होती है, तब विशिष्ट तार के कटिबंध पाये जा सकते हैं—केंद्रीय कटिबंध (शैवाकीकरण बंध, जिसमें अलग-अलग चमकदार, अक्सर चिकनी और फीके पिटिकाएं होती हैं, और अंत में परिसरीय कटिबंध, जिसमें भी जाती है। निस्त्वचन (ताजा या रक्तसावी खड्डियों से आच्छादित) की पृष्ठभूमि पर देखी जाती है, जिसकी प्रकृति अशोथी होती है। होने पर गुपो में संगमित शैवाकवत् पिटिकाओं के अतिरिक्त

प्रतिनिधि रूप में निम्नलिखित हैं—
 1. अन्तर्गत रक्त में रक्त के -100 नमूने
 2. रक्त के -100 नमूने
 3. रक्त के -100 नमूने
 4. रक्त के -100 नमूने
 5. रक्त के -100 नमूने

ऊतकदलौघन—
 1. अन्तर्गत रक्त में रक्त के -100 नमूने
 2. रक्त के -100 नमूने
 3. रक्त के -100 नमूने
 4. रक्त के -100 नमूने
 5. रक्त के -100 नमूने

चिकित्सा—विभाजन प्राकृतिक रूप में रक्त के -100 नमूने
 1. अन्तर्गत रक्त में रक्त के -100 नमूने
 2. रक्त के -100 नमूने
 3. रक्त के -100 नमूने
 4. रक्त के -100 नमूने
 5. रक्त के -100 नमूने
 6. रक्त के -100 नमूने
 7. रक्त के -100 नमूने
 8. रक्त के -100 नमूने
 9. रक्त के -100 नमूने
 10. रक्त के -100 नमूने
 11. रक्त के -100 नमूने
 12. रक्त के -100 नमूने
 13. रक्त के -100 नमूने
 14. रक्त के -100 नमूने
 15. रक्त के -100 नमूने
 16. रक्त के -100 नमूने
 17. रक्त के -100 नमूने
 18. रक्त के -100 नमूने
 19. रक्त के -100 नमूने
 20. रक्त के -100 नमूने
 21. रक्त के -100 नमूने
 22. रक्त के -100 नमूने
 23. रक्त के -100 नमूने
 24. रक्त के -100 नमूने
 25. रक्त के -100 नमूने
 26. रक्त के -100 नमूने
 27. रक्त के -100 नमूने
 28. रक्त के -100 नमूने
 29. रक्त के -100 नमूने
 30. रक्त के -100 नमूने
 31. रक्त के -100 नमूने
 32. रक्त के -100 नमूने
 33. रक्त के -100 नमूने
 34. रक्त के -100 नमूने
 35. रक्त के -100 नमूने
 36. रक्त के -100 नमूने
 37. रक्त के -100 नमूने
 38. रक्त के -100 नमूने
 39. रक्त के -100 नमूने
 40. रक्त के -100 नमूने
 41. रक्त के -100 नमूने
 42. रक्त के -100 नमूने
 43. रक्त के -100 नमूने
 44. रक्त के -100 नमूने
 45. रक्त के -100 नमूने
 46. रक्त के -100 नमूने
 47. रक्त के -100 नमूने
 48. रक्त के -100 नमूने
 49. रक्त के -100 नमूने
 50. रक्त के -100 नमूने
 51. रक्त के -100 नमूने
 52. रक्त के -100 नमूने
 53. रक्त के -100 नमूने
 54. रक्त के -100 नमूने
 55. रक्त के -100 नमूने
 56. रक्त के -100 नमूने
 57. रक्त के -100 नमूने
 58. रक्त के -100 नमूने
 59. रक्त के -100 नमूने
 60. रक्त के -100 नमूने
 61. रक्त के -100 नमूने
 62. रक्त के -100 नमूने
 63. रक्त के -100 नमूने
 64. रक्त के -100 नमूने
 65. रक्त के -100 नमूने
 66. रक्त के -100 नमूने
 67. रक्त के -100 नमूने
 68. रक्त के -100 नमूने
 69. रक्त के -100 नमूने
 70. रक्त के -100 नमूने
 71. रक्त के -100 नमूने
 72. रक्त के -100 नमूने
 73. रक्त के -100 नमूने
 74. रक्त के -100 नमूने
 75. रक्त के -100 नमूने
 76. रक्त के -100 नमूने
 77. रक्त के -100 नमूने
 78. रक्त के -100 नमूने
 79. रक्त के -100 नमूने
 80. रक्त के -100 नमूने
 81. रक्त के -100 नमूने
 82. रक्त के -100 नमूने
 83. रक्त के -100 नमूने
 84. रक्त के -100 नमूने
 85. रक्त के -100 नमूने
 86. रक्त के -100 नमूने
 87. रक्त के -100 नमूने
 88. रक्त के -100 नमूने
 89. रक्त के -100 नमूने
 90. रक्त के -100 नमूने
 91. रक्त के -100 नमूने
 92. रक्त के -100 नमूने
 93. रक्त के -100 नमूने
 94. रक्त के -100 नमूने
 95. रक्त के -100 नमूने
 96. रक्त के -100 नमूने
 97. रक्त के -100 नमूने
 98. रक्त के -100 नमूने
 99. रक्त के -100 नमूने
 100. रक्त के -100 नमूने

कोर्टिकोस्टेरोइडों से युक्त मलहम (सीनालार, लोकाकोर्टेन, फ्लूसीनार, फ्लोरोकोर्ट
 आदि) ग्रस्त क्षेत्र में लगाये जाते हैं। अनीलीन रंजक, कास्तेलानी का पेंट और
 ओक्सीकोर्ट, जेओकोर्टोन (गेओकोर्टोन), लोकाकोर्टेन N, लोकाकोर्टेन-विओफोर्म
 मलहम द्वितीयक पैठन में प्रयुक्त होते हैं। विसरित एवं प्रकीर्णित नार्चवर्मशोय के

रोगियों की तरह स्थानाबद्ध रोग प्रक्रिया वाले रोगियों को भी प्रशामक और एंटीहिस्टामीनिक प्रसाधन, मसालों, स्मोकड (धूमायित) खाद्य पदार्थ और नमक के विहीन आहार दिया जाता है। अल्कोहलिक पेय और खुजली व चर्मशोथ तीव्र करने वाले आहार से पूर्ण परहेज किया जाता है। स्थानाबद्ध नार्चर्मशोथ में आक्रांति-अधिकेद्र के गिर्द 0.15 प्रतिशत साद्र मेथीलीन नीला घोल की सुई दी जाती है (उसके साथ बेन्केन या प्रोकेन हाइड्रोक्लोराइड का 2 प्रतिशत साद्र घोल और जेलाटिन या पोलिवीनिलपीरोलीडोन का प्रोलैंगेटर मिलाकर)। अधिकेद्र के स्पष्ट शैवाकीकरण और अतर्स्यदन में अधिकेद्र के गिर्द हाइड्रोकोर्टिजोन इमल्शन की सुइयां वाछनीय हैं। बक्की की किरणों द्वारा चिकित्सा से भी लाभ होता है उसे बनाये रखने के लिये और पुनरावर्तन का निरोध करने के लिये गर्भियों में किसी दक्षिणी इलाके में व्यतीत करने की सलाह दी जाती है। साथ-साथ युक्तिसंगत स्वास्थ्यप्रद दिनचर्या, चिरकालिक पैठन-अधिकेद्रों की चिकित्सा और आहारीय, औषधीय तथा घरेलू परोर्जको (जानवरो के रोओ, दैनंदिन जीवन में प्रयुक्त रसायनों, घरेलू धूल आदि) से बचाव भी आवश्यक होता है।

सामान्य मुंहासा

यह चर्म का एक सामान्य कौस्मेटिक रोग है। यह यौन परिपक्वता के आरंभ में शुरू होता है, क्योंकि इस समय गोनाडोट्रोपिक हार्मोनो के प्रभाव से वपाल ग्रंथियों की कार्यशीलता बढ़ जाती है। ऐंड्रोजन हार्मोन स्त्री-पुरुष दोनों में मुंहासों के स्फोट को तीव्र कर देते हैं। एस्ट्रोजनों की उच्च खुराकें वपाल ग्रंथियों के स्रावी कार्य को दमित कर देती है और क्षतियों को प्रगामी बना देती है। मुंहासों का निकलना मासिक धर्म शुरू होने से पूर्व तीव्र हो जाता है। सगर्भता का प्रक्रिया पर लाभदायक प्रभाव पड़ता है, क्योंकि हार्मोनिक संतुलन सामान्य रहता है।

वपास्राव, साथ-साथ अनुकंपी पारमस्तिष्क-केद्र की तदनुरूप गड़बड़ियां और वपा की सरचना में परिवर्तन—यह सब रोग के विकास में सप्रेरक घटक हैं। हेतुलोचनी घटक स्ताफिलोकोको की गदजनक जातियां और मुंहासे के कोरीनेबाक्तेरिउम एक्ने हैं। अतिपुसजता के अतिरिक्त रोग के प्रति प्रवणकारी घटक निम्न है—जठरांत्र-मार्ग की गड़बड़िया, अविटामिनता, रक्ताल्पता, आनुवशिक प्रभाव और आहार एवं द्रव्य-विनिमय की प्रकृति। इसके प्रिय स्थल चेहरा और वक्ष एवं पीठ के ऊपरी भाग हैं।

वपा के वर्धित स्राव और मशिकीय अतिशृंगनता के कारण वपाल ग्रंथियों के मार्ग केराटोटिक (शृंगी) प्लगो से अवरुद्ध हो जाते हैं (इन प्लगों को कीलें कहते



है)। वपा के जमाव और पूयकारी पैठन के कारण शोथी पिटकीय एंव पीपिकीय मुहासे जैसी क्षतिया उत्पन्न होती हैं। अधिकेंद्र मंगमिन होते हैं और अधिक गहरी परतों तक बेधकर पहुंच जाते हैं, वे कठोरित एंव अतस्पर्शित हो सकते हैं। विद्राधिया बन सकती हैं। ऐसे केसों में निर्वर्णकित क्षताएं रह जाते हैं, जिससे चेहरे पर तरह-तरह के दाग और गह्वे नजर आने लगते हैं। किस प्रकार की क्षतिया प्रबल हैं, इसके आधार पर निम्न प्रकार के मुहासों में भेद किया जाना है—विमृत्तिक (चेचकसदृश) मुहासे, कुपोषण मुहासे और सकुली मुहासे (संगमरत वर्तुलाकार कीले)।

ऊतलोचनी आधार परिमशिकीय अतस्पर्श और वपाल ग्रथियों का फुलाव, रोध और कुपोषण है।

विभेदक निदान पीपिकीय सीफलिलों, आयोडाइडों व ब्रोमाइडों से उत्पन्न स्फोटों के साथ किया जाता है।

चिकित्सा—उग्रता-काल में रोगी को प्रतिजीवक दिये जाते हैं, मुख्यतः तेत्रासिक्लीन, ओलेतेत्रिन (250000U प्रतिदिन तीन या चार बार, 20 दिनों तक) और एरीथ्रोमीसिन, विटामिन E, A, B₂, B₆, B₁₂, B₁₆, फोलिक व नीकोटीनिक अम्ल और मुखमार्ग से सल्फर के प्रसाधन प्रलिखित किये जाते हैं। द्वितीयक पूयकारी पैठन द्वारा उत्पन्न क्लिष्टता की स्थिति में स्ताफिलोकोकी टोकसोइड, एंटी-स्ताफिलोकोकी गामा ग्लोबूलिन और स्वरक्त-चिकित्सा की सलाह दी जाती है। एसीडीन-पेप्सिन (एक भाग पेप्सिन और चार भाग एसीडीन की गोलिया या बेटार्डन हाइड्रोक्लोराइड) पानक्रैआटिक प्रसाधन और विरेचक (दस्तवार साधन) पाचन को ठीक करने के लिये दिये जाते हैं। जननहार्मोन (एस्ट्रोजन) रोगी की उम्र और उसके अतस्पर्शी तंत्र की अवस्था को देखते हुए प्रलिखित किये जाते हैं।

बाह्यतः त्वचा को निस्स्नेहित और निष्पैठित करने वाले प्रसाधन प्रयुक्त होते हैं। इसके लिये निम्न के अल्कोहलिक घोल प्रयुक्त होते हैं—रेसोर्सिनोल, सैलीसीलिक अम्ल, कैफर पारद क्लोराइड (0.5 प्रतिशन) खीमोप्सिन (ट्रिप्सिन के साथ खीमोट्रिप्सिन) और खीमोट्रिप्सिन। वपासाव-शामक प्रसाधन भी दिये जाते हैं। सल्फर, रेसोर्सिनोल और ड्रुयामोल के जलीय निलबन (सस्पेंशन), इनकी सादृता धीरे-धीरे बढ़ायी जाती है।

कुटाली केसों की चिकित्सा में बाक्टेरिक् पीरोजन (पीरोजेनल, प्रोडीजिओजान) के साथ प्रतिजीवक का प्रयोग किया जाता है, कीलों और पीटकों को दूर किया जाता है। मुहासे के दूर होने के बाद सल्फर-टांग से युक्त पाउडर और कैफर या ख्लोराफेनीकोल स्पीरिट या कुम्मेरफील्ड (Kummerfeld) का घोल प्रयुक्त होता है।

Sp Calcium 17.4

Chlorine 23.9

Sulphur pp 100

Aq. Calcium ad 100.0

MDS. अधिकतम पर मलने के लिए दाया प्रयोग

परादेगी किरण और फोटोसायन प्रारण (PVA द्रव) प्रसक्त

है।

लाल मुहासा

लाल मुहासा मुख्यतः तैल वपाश्वर से पीड़ित गाँवों में शरीर-गठनात्मक कुम्भिक नर्वक्लेश की एक अभिव्यक्ति है। नंगरक घटक है—जानात्र की गडबड़िया (जठरशोथ, अक्सर अवाञ्छनीय या अनम्नीय और आत्र शोथ), पना नर्वक्लेश, रजोनिवृत्ति और जाड़ों के समय खुले में या तप्त उत्पादन-प्रक्रिया वाले कर्मालय में श्रम। डेमोडेक्स फोलीकुलोसिस (वपाल ग्रंथियों की एक कुणपतुण विषयी) कुछ रोगियों में निर्वाहक (सस्टेनिंग) घटक का काम करती है। रोग अधिकांशतः औरना को 40 से 50 वर्ष की उम्र में होता है।

रोग नाक, गालों और ललाट के मध्य भागों पर लाली से शुरू होता है, जो गर्म व क्षोभक भोजन, अल्कोहल तथा रागात्मक घटकों से तीव्र हो जाती है। इसके बाद दूरकुभीविस्फारण और फिर परिमशिकीय पिठकों की उत्पत्ति होती है। लाल मुहासा (या रोजासिया) शुद्ध रूप में भी हो सकता है, लेकिन अक्सर सामान्य मुहासे और द्वितीय पैठन से क्लिष्ट हो जाता है।

रूपलोचनी अभिव्यक्तियों के अनुसार इस रोग के निम्न रूप (चरण) होते हैं—(1) ललामक्लेशिक रोजासिया, स्थायी रक्तस्फीति, इसकी पृष्ठभूमि में सतही दूरकुभीविस्फारण के जाल का विकास, चर्म का मोटा और चिकटा (तेलचट) होना, अतिपोषित वपाल ग्रंथियों के मुहानों का विस्फारित होना, (2) पिठकीय रोजासिया, सतही मुहासा-सदृश मशिकीय पिठक; कीलों (कोमेडोनों) की अनुपस्थिति; (3) पीपिकीय रोजासिया, पीपिकाए, जिनके मध्य में पूयमृति होती है; (4) ततुकुभी-विस्फारक रोजासिया, पर्याय अतिपोषित रोजासिया (रीनोफीमा-लुडित नाक); लुडित (लोबुलेटेड) बैंगनी, मुलायम लस्त गुल्म; पीपिका, दूरकुभीविस्फारण और क्षताक।

चिकित्सा के रूप में निमित्त कारणों को दूर किया जाता है—अतर्खावी गडबड़ियों की चिकित्सा, जनन-उपकरणों की गडबड़ियों और रोगों को दूर करना, पेट व यकृत के रोगों का इलाज, मलविसर्जन का सामान्यीकरण। आहार में क्षोभक

पदार्थ नहीं होने चाहिए अल्काहल गर्म पेय और मसालों से परहेज करना चाहिए एंसीडीन-पॉस्तिन और बी-सकुल के विटामिन मुखमार्ग क दिये जाते हैं ।

द्वितीय पैठन की स्थिति मे मुखमार्ग से तंत्रासिक्लीन दो या तीन सप्ताह तक या एंथोक्सीडिआमिनोआक्रीडीन लैक्टेट 10 दिनो तक नित्य तीन बार प्रलिखित किया जाता है ।

बाह्य बपासाव-शामक चिकित्सा हिओक्सीजोन या लोरिडेन C' मलहम के साथ 30 प्रतिशत सल्फर से युक्त मलहम द्वारा हांती है (अंतिम में पहले सल्फरयुक्त मलहम एक-तिहाई मात्रा में रखते है, फिर दोनो मलहम आधा-आधा मिलाकर प्रयोग मे लाते है); इख्यामोल-रेसोर्सीनोल पेस्ट भी लाभकर होता है । बारी-बारी से गर्म और ठडे पानी से धोना भी कुभिक तानता बढ़ाने के लिये अच्छा होता है । धूप और फ्लुओरीडेटेड कोर्टिकोस्टेरोइड से परहेज करना चाहिए ।

रीनोफीमा की चिकित्सा करोजिक रीति से स्क्राप्पेल या छूरी द्वारा या ताप-दागन (थर्मोकाउटराइजेशन) द्वारा अतिपोषित प्रवर्ध को दूर करने से होती है । प्रारंभिक चरण में कार्बन-डाई-आक्साइड की बर्फ द्वारा शीत-चिकित्सा या केश-विद्युत् (हैंडर-एलेक्ट्रोड) द्वारा आयुरी पारतापन भी लाभकारी उपाय है ।

Rp : Sulphur pp

Glycerini

Aq Amygdalarum amar

Aq Calcis ad 10.0

MDS. बाह्य अनुयोग के लिये

Rp . Resorcini

Sulphur pp ãã 5 0

Calcii carbonici

Zinci oxydati

Ol Lini

Aq Calcis ãã ad 100 0

MDS. बाह्य अनुयोग के लिये

अपशल्की चर्मरुणता (लाइनर का रोग)

रोग का हेतुलोचन अभी तक स्पष्ट नहीं हो पाया है । रोग के कारणों से सबधित कई विचार प्रस्तुत किये गये है । उदाहरणार्थ, लाइनर यह मानते थे कि रोग स्व-आगरण से होता है, क्योंकि उनके अनुभव मे इस रोग की चर्म-क्षतियों के साथ-साथ जठरांत्र की गडबडिया अवश्य मिलती थी । अन्य वैज्ञानिको का मानना

[illegible]

विभेदक निदान बगामात्री दिनाइ, सीफलिसी बुदबुदिया, रिडर क रोग, कादीदक्लेश और नवजात के तीव्र बहुमार्सिक बुदबुदिया के साथ किया जाता है, जो सीफलिसी बुदबुदिया की तरह ही बाक्तेरीस्कोपी कं धनात्मक (सकारात्मक, पुष्टिकारी) परिणामों और वुल्लानुमा क्षतियों की उपस्थिति से विभेदित होता है। रिडर का रोग धनात्मक निकोल्स्की-लक्षण और मुंह कं गिर्द शुरू होने वाली क्षतियों से लक्षित होता है।

चिकित्सा—विटामिन A, B₁, B₆, B₁₂, C, H दिये जाते हैं। विटामिन एच (बिओटिन) 0.003-0.005 ग्राम की खुराकों में नित्य तीन बार दिया जाता है। रक्त-चिकित्सा और गामा ग्लोबूलिन की सुइया वाछनीय होती है। प्रतिजीवको (सेपोरिन, ओलेटेट्रिन आदि) से और तीव्र केशों में कोर्टिकोस्टेरोइडों तथा अनाबोलिक हार्मोनों से लाभकारी प्रभाव मिलता है। विवेकसंगत आहार और ठीक समय पर

ऊँचम दुग्ध पान का प्ररध करना चाहिए बच्चे की सफाई सबधी देखभाल म पोंटाशियम परमेगनेट या वलूत की छाल (अथवा गेंदे) के कांठ के सुसुम (37.5-38°C) घोल मे आपादमस्तक स्नान बहुत महत्त्वपूर्ण है। त्वचा मे कार्टिकोस्टेराइड मलहम और विटामिन ए व 5 प्रतिशत नाफथालान (या 3-5 प्रतिशत सोडियम रांग्ट) मे युक्त क्रीम लगाया जाता है।

भविष्यवाणी—यथासमय युक्तिसंगत चिकित्सा, पर्याप्त भोजनचर्या और सफाई संबंधी देखभाल से बच्चा कुछ सप्ताह मे ठीक हो जाता है।

आंत्रगादिक आक्रोचर्मशोथ (डानबोल्ट-क्लोस का रोग)—यह एक जीनीचर्मक्लेश है, जो खमीरी त्रिप्तोफान के व्यवधानित विनिमय और शरीर मे जम्मे की कमी से संबंधित है। यह अवगामी स्वक्रायिक प्रकार (रिसेसिव औटोसोमल टाइप) द्वारा विरासतित होता है। यह शायद गर्भावस्था में उत्पन्न गरलक्लेश के कारण बाह्य भ्रूणचर्म का जन्मजात कुविकास माना जा सकता है। कांदीदक्लेश और पूयकोकी पैटन रोग के तत्पिक प्रवाह को निश्चित रूप से प्रभावित करता है। रोग जीवन के प्रथम वर्ष में, अक्सर जन्मोपरात प्रथम सप्ताहो मे विकसित होता है; वयस्को में बहुत विरल होता है।

वस्तिक्रीय-बुल्लेदार या ललामिक-रिसालु क्षतिया नैसर्गिक द्वारो (मुख, पृष्ठद्वार) के गिर्द, चर्मपुटकों मे, मूलाधार मे या हाथ-पैर के परिसरीय भागो (उगलियो) पर उत्पन्न होती है (जिन पर यात्रिक चोट लगी होती है)। नखो मे कुपोषणजनित परिवर्तन प्रेक्षित होते है। पटलित खर्जूरूपी शल्कन अधिकेद्रों पर बाद में विकसित होता है। मुख-श्लेष्मला अक्सर ग्रस्त हो जाती है। हाथ-पैर के नख विकृत हो जाते है। शिरोवल्क, पलकों तथा भौहो पर खल्वाटता (निर्लोमता) या बालो की विरलता शुरू हो जाती है। स्फोटो के साथ-साथ जठरात्र की गडबडियां, पलकशोथ, प्रकाशभीति और दुर्बलता प्रेक्षित होती है।

औटोप्सी से आंत्र-व्रण और छोटी-बडी दोनो आंतो का शोथ प्रेक्षित होता है।

आंत्रगादिक आक्रोचर्मशोथ का निदान करने मे निम्न रोगो की सभावना दूर करनी पडती है—बुल्लेदार अधिचर्मलय, प्राथमिक चार्म कांदीदक्लेश (खमीरी कवको के परीक्षण से), ड्यूग्गि का रोग और पीपिकीय खर्जूक्लेश।

चिकित्सा—ओक्सीक्वीनोलीन के उत्पाद प्रलिखित किये जाते हैं; ये है—एंटेरोसेप्टोल (0.125-0.25 ग्राम नित्य दो बार, 5 दिन क अतराल के साथ 10-10 दिन के चक्रो में, कुल पाच चक्र) और निस्टाटिन (500000U नित्य तीन या चार बार 14 से 18 दिनों तक)। विटामिन B₆, B₁₂, PP और एवोटुम प्रलिखित किये जाते हैं।

हाल मे अच्छा प्रभाव जिक के प्रसाधनो से प्राप्त किया जा रहा है। जिकी

हो या जहाँ बाष्पनीयता का बदलाव है, जो 1:5 ग्राम जलो में मिलता है, मुख्यतः 1:20 में 1% का मात्रा का वजन 20 दिन के एक दोहराव जाने के लिए आवश्यक है। इसका तात्पर्य है—जहाँ जल में वजन के वजन का 1:20 में वाष्पक की मात्रा है। जल में 1% का वजन 1:20 ग्राम तीन बार खाने के बाद दिया जाना है। धीरे-धीरे 1:5 10 दिन के चक्रों में की जाती है।

वाह्य प्रयोग की दवाएँ हैं—अनोनीन रक्तकों के जर्नाय पाल, 18 औंसोसिआनिन, कोलीमीमिन (नेओमीसिन) डोलोमासिन, नीसिन, हिओक्सीजोन, लोरिडिन C और नोकायोर्टिन N या ।

बालों के रोग

स निरूपित खोतेदार खल्वाटता

खोतेदार खल्वाटता (जिलोपता) में शिरोवल्क, दाढ़ी, मोटा, धुन के परिसीमित गोल क्षेत्रों से बाल झड़ जाते हैं। आध्या



प्रसार करत हुए अक्सर सगमित हो जाते हैं और के विस्तृत क्षेत्र बना लेते हैं, जिनकी किनारियाँ बहुचक्रीय (पोलीसाइक्लिक) होती हैं।

खल्वाटता के ताजे अधिकेंद्र लालामिक और शोफित होते हैं। बाद में आक्रान्त वर्म चिकना हो जाता है और हाथी-दात के रंग का हो जाता है। अक्सर अधिकेंद्र के लोमों (बालों) के कुछेक मिलीमीटर लंबे ठूठ रह जाते हैं; इनकी जड़े हल्का शोफित होती हैं और इनके शिखर पतले तथा प्रश्नवाचक चिह्न की तरह हो जाते हैं। इन बालों को सरलता से दूर किया जा सकता है। सिर पर सूक्ष्म अधिकेंद्रित खल्वाट क्षेत्रों वाली निर्लोमता कभी-कभी बच्चों में पायी जाती है। इसे सूक्ष्मचिह्नित निर्लोमता कहते हैं।

प्रवाह—रोग कई महीनों और कभी-कभी वर्षों तक चल सकता है, पुनरावर्तित होता रहता है और कुटाली होता है। ठीक होने पर पहले कोमल रोए निकलते हैं, बाद में इनकी जगह पर मोटे (सामान्य) और वर्णकित बाल उग आते हैं।

हेतुलोचन अज्ञात है।

गदजनक महत्त्व निम्न घटकों को दिया जाता है—शरीर की विभिन्न गड़बड़ियाँ (गरलताजनित, पैठनजनित, अतर्खावी, द्रव्य-विनिमय संबंधी, नार्वाअंतर्खावी और कुपोषणजनित नर्वक्लेशिक); पराढालवत एवं ढालवत ग्रथियों की अवक्रिया, अवकोर्टिकता (हाइपोकोर्टीसिज्म); शरीर में जस्ते की कमी, त्रिप्नोफान-विनिमय में गड़बड़ी, अविटामिनता, स्व-इमूनी एवं विलंबित पैठी-परोर्जिक अवसवेदिता।

इस रोग के साथ-साथ निम्न सवृत्तियाँ प्रेक्षित हो सकती हैं—एओजीनोफीलिया, लिफोसितोसिस, क्षेत्रीय लसग्रथिशोथ, नखों का कुपोषण और सिरदर्द। कुछ केस ऐसे भी मिलते हैं, जिनमें शिरोवल्क, भौंहों, पपनियों और पूरे शरीर के सारे बाल (लोम, केश, रोएँ) झड़ जाते हैं। पूर्ण दुर्दम निर्लोमता उन रोगियों में विकसित होती है, जिनमें आनुवंशिक कुयोग, अवढालवत्ता और अवकोर्टिकता होती है।

बच्चे कभी-कभी रोग के एक बहुत ही कुटाली रूप से ग्रस्त हो जाते हैं, जिसमें खल्वाटता की टेढ़ी-मेढ़ी पट्टी पश्चकपाल से कानों तक पहुँच जाती है (सेल्सस की सर्पता, सीमेन्स की सीमावन्त खल्वाटता)।

कवकों के लिये बालों और शल्को के सूक्ष्मदर्शन के नकारात्मक परिणाम, सीरमलोचनी परीक्षणों के नकारात्मक परिणाम और सीफिलिस की अन्य अभिव्यक्तियों की अनुपस्थिति द्वारा इस रोग को सीफिलिसी खल्वाटता और शिरोवल्क की कवकता से विभेदित किया जा सकता है।

चिकित्सा—निम्न औषधियाँ प्रलिखित की जाती हैं—विटामिन A, E, C, H, D₂, B संकुल और साथ ही निकोटिनिक, पाटोथेमिक तथा फोलिक अम्ल एवं फ्यूरोकोउमारिन-प्रसाधन (बेरोक्सान, प्सोरालेन, आमीफूरिन, मेलाडीनीन)। हार्मोनिक

चिकित्सा (AC III. कार्टिकोस्टेरोइड- और प्रभावक अक्सर दान है।

वाह्य चिकित्सा में स्थानिक रसायनों में उद्देश्य है कि नया नाना नाना नाना साधन प्रयुक्त होते हैं। अल्कोहल के तथा अन्य यान्त्रिक सस्त्र सजीविक अम्ल और खोल हार्डेट मिले रहने से) मृग्य पदार्थ का स्थिर साम्प्रदायिक, मेलादीनीन आदि में मालिश, क्रिमके बट पगवगना निर्माण अथवा प्रोशवमाधरपी (PUVE-थेरापी), स्टेरोइड क्रिम और नापथालान आदि।

Rp T-rae Cantharadis
Resorcini
Ac. Salicylici 5.0
T-rae Capsici 10.0
spiritus vini 96% ad 100.0
Glycerini 3.0
Ol Ricini 10.0
MDS. बाह्य अनुयोग के लिये

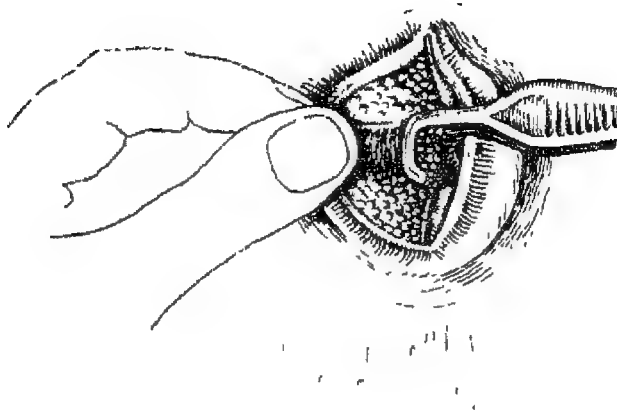
Rp Sulphur pp 10.0
Spiritus camphor 25.0
Glycerini 15.0
Ac lactici 1.0
Aq destill. 120.0
MDS. बाह्य अनुयोग के लिये

वक्की की सीमांत (वोर्डरलाइन) किरणे, पराबैगनी विकिरण और (दार्मोवालीकरण—उच्च आवृत्ति एवं उच्च वोल्टता की प्रत्यावर्ती विद्युत-धारा का उपयोग) भौतिकीय चिकित्सा की लाभकर रीतियां हैं। कार्बन-डाई-आक्साइड की बर्फ और वीनिल क्लोराइड से शीत-चिकित्सा, शीत-मालिश और विद्युत्प्रश से मालिश का भी उपयोग होता है।

चर्म-वर्णकता की गड़बड़ियां

चर्म की वर्णकता तीव्र हो जाती है (अतिवर्णकता) या क्षीण (अवर्णकता)। वर्णकता की गड़बड़ियां द्वितीयक हो सकती हैं (किसी प्राथमिक या द्वितीयक चर्म-क्षति की अवगति या उपशमन के बाद) या प्राथमिक। अतिवर्णकता चर्म में मेलानिन नामक वर्णक का उत्पादन तीव्र होने से विकसित होती है। अवर्णकता मेलानिन के अपूर्ण उत्पादन या उसकी बिल्कुल अनुपस्थिति से होती है।

झौरिकाण और खलोआज्मा (अक्सर गर्भवती स्त्रियों के चेहरों पर कथई भूरे



शिवत्र

धब्बे) सीमित अतिवर्णकता से संबंधित है, जबकि शिवत्र (बीटीलीगो) और विरल सवृत्ति निरजता मेलानिन की अनुपस्थिति से लक्षित रोगों से संबंधित हैं।

शिवत्र

शिवत्र धड़ या हाथ-पैरों के चर्म-क्षेत्रों पर मेलानिन के लोप से लक्षित होता है। यह किसी भी उम्र के लोगों में पाया जा सकता है, लेकिन अधिकांशतः बचपन और किशोरावस्था में होता है।

हेतुलोचन और गदजनन अज्ञात है। अंतर्जातीय गडबडियों के सिद्धांत और रक्त में ताबे, लोहे व सूक्ष्म पोषक तत्वों (ट्रेस एलिमेंटों) की कमी या मेलानोजेनन में भाग लेने वाले खमीरों की सक्रियता में कमी या उसके पूर्ण दमन का सिद्धांत अधिकांशतः मान्य है।

आक्रांति अक्सर हाथों (हथेलियों के पीछे) और धड़ पर सममित रूप से अवस्थित होती है और अक्सर वृंहत क्षेत्रों पर फैल जाती है। अतिवर्णकित बलियों से घिरे हुए वर्णकहीन श्वेत धब्बे बन जाते हैं। शिवत्र के क्षेत्रों पर लोम (रोए) बने रहते हैं, लेकिन अक्सर वे भी निर्वर्णकित हो जाते हैं।

निर्वर्णकित क्षेत्रों में कभी-कभी अतिवर्णकता के द्वीप भी देखे जाते हैं। शिवत्र के धब्बे संगमित हो सकते हैं, इस स्थिति में वे पेट, पीठ और नितंबों के वृंहत क्षेत्रों



आधाराब

दुर्दम चर्म-अर्बुद

आधाराब या आधार-कोशिकीय कर्काब या आधार-कोशिकीय उपकलाब

आधाराब चर्म-कैंसरों के लगभग 80 प्रतिशत केसों में पाया जाता है। यह बहुत औपचारिक रूप से ही दुर्दम चर्म-अर्बुदों के ग्रुप में शामिल किया गया है, क्योंकि अपवहन-रीति से इसका प्रसार विग्ल है और रोगी की इस रोग से मृत्यु कभी नहीं होती। हेतुलोचनी रूप से आधाराब अपभ्रूणीय (भ्रूण-विकास की) गडबडियों के साथ कही अधिक संबध रखता है, वनिस्वत कि कैंसरजनक क्षोभको के साथ।

तल्पिक चित्र मद वर्धन से लछित होता है। आधार-कोशिकीय उपकलाब नन्ही चित्ती, पर्विका या गोल परिसीमित अतिशृगनता से उत्पन्न होता है। लछक

(विशेषता सूचक) लक्षण निम्न है—रक्त। गुह्यांग रंग आशु रक्त की अनर्थास्थी पतली और अपेक्षाकृत कठोर, शोफित किनारी, जो कम रुद्धा और दृढ़ प्रभावितकरण से विधी होती है। आप २ क्षत्र में अलग अलग नन्ध चमकदार गाता तम पिण्ड की पाये जा सकते हैं, जो उपकलाव के लिए बहुत ही गहनतम नक्षण है अधिकतम के मध्य में एक पिण्ड बनता है, जिसका नाशकन होता है, जो रक्त रंग पर खड़ी बनती है। अधिकतम क्रमशः चर्चित और प्राणन होता है। अपेक्षाकृत वसा में व्रणन (जो महीनों और वर्षों की अवधि में उत्पन्न होता है) मूलतः पर गाता रंग-धारे फैलता हुआ बढ़ता है। व्रण की तली चिकना घर्ना है बाग बाग और की गुजन सतत या अलग-अलग कणों के रूप में होती है, सूत्रन का घनत्व उपांश जंग होता है।

क्षताकृत व्रण के केंद्र और उसकी किसी एक किनारी पर एक साथ अर होता है। व्रण का गहराई में जाना कम प्रायिक होता है; यदि जाना है, तो उसका अतन्व्यद नीचे के ऊतकों और यहां तक कि आस्थियों को भी नष्ट करने लगता है।

ऊतलोचनी परीक्षण से पता चलता है कि कोशिकाओं में छत्ते जैसा ध्वन हो रहा है। नाभिक बहुत बड़ होते हैं, प्रायोज्मात्म वल्ल क्षीणता के साथ घटा होते हैं, जो अधिचार्म आधारित कोशिकाओं की तरह ही होते हैं। उनमें अन्तर्गत पन नहीं होता और उन्हें चंद विद्युत्-प्रकाशिकीय गुणों के आधार पर पचाना जाता है। उनका प्रायोज्मात्म वधित ओस्मोफोर्लिआ द्वारा लक्षित होता है। सूत्रनधो में विस्तृत विषमताएं नजर आती हैं।

यहां हम आधारार्ब के निम्न रूपों को संक्षेप में देखेंगे— (1) सतही आधार-कोशिकीय उपकलाव, जो मुख्यतः धड़ पर स्थित होता है और पार्सर में बहुत धीरे-धीरे फैलने वाले धब्बे के रूप में व्यक्त होता है, इसके गिर्द पनले व अपेक्षाकृत कठोर पिटकों का घेरा होता है; केंद्र में शल्की खड़ी पड़ जाती है, जिसके गिरने पर अपोषित ललामक्लेशिक सतह नजर आती है, (2) चपटा क्षताकी उपकलाव सतही होता है और अक्सर कनपटी के चर्म पर बनता है, यह केंद्र में क्षताकी-अपोषज परिवर्तनों और सूजी हुई किनारियों वाले विसर्पी उत्त्वर्ध द्वारा लक्षित होता है, (3) कठचर्मता जैसा आधारार्ब, जो छोटे सिक्के के आकार का धब्बा होता है, इसका रंग हाथी-दांत की तरह होता है और यह अक्सर ललाट पर उत्पन्न होता है; (4) पर्विकीय उपकलाव, जो बाजरे में लेकर मटर के बराबर तक का गोल, कठोर गुल्म होता है, जो छोटी खट्टियों और क्षताको से ढंका होता है, यह ललाट, पलको और शिरोवल्क पर होता है। एक कठोर, गहरे क्रेटर जैसे व्रण भी बनते हैं, जिनकी तली असमतल होती है (छेदक व्रण, जो अक्सर चेहरे के ऊपरी अर्ध पर होता है)। ये व्रण एक द्रुत प्रगामी विनाशकारी प्रक्रिया द्वारा लक्षित

हाने हैं, जिसमें गहरे ऊतक की विमृति होती है; मोती के रंग के सूजन नहीं होते, अस्थियो और उपास्थियो का विनाश होने लगता है, तीव्र रक्तस्राव और छूने में दर्द होता है, लेकिन अपवहन की प्रवृत्ति नहीं होती (इनके सामान्य स्थल नथूने, कर्ण-पालिका, मुंह के कोने और पलक हैं)।

चिकित्सा—ओमैन (Oman) के मलहम, 5 प्रतिशत पोडोफीलिन वाजेलीन, शीत चिकित्सा और करोजिक पारतापन का उपयोग (व्रण बनने से पूर्व) लाभदायक होता है। निकट नाभि वाली एक्स-रे-चिकित्सा, रश्मिसक्रिय समस्थो का प्रयोग और अर्बुद को करोर्जन से दूर करना (जिसके बाद विकिरण और आवश्यकता पड़ने पर चर्मारोपण किया जाता है)—यह सब उपकलार्ब के व्रणन की अवस्था में लाभदायक होता है।

कंटकोशिकीय उपकलार्ब

कंटकोशिकीय उपकलार्ब या चर्म की कांटल कोशिकाओं का कर्कार्ब वास्तविक शल्क-कोशिकीय कर्कार्ब है, जो दुर्दम अंतर्स्पर्दी एवं विनाशकारी प्रवर्ध एवं अपवहन द्वारा मुख्यतः लसजनक मार्ग से लक्षित होता है। यह विभिन्न रासायनिक या भौतिकीय क्षोभकों के कारण और श्वेतसिलत्व, श्वेतशृगनता, बुढ़ापे के शृगार्ब, वृद्धा के क्षताकों तथा एक्सरेजनित व्रणों की पृष्ठभूमि पर भी उत्पन्न होता है। विचर्ण त्वचा वाले रोगियों में इस रोग के प्रति प्रवणता अधिक होती है। कंटकोशिकीय उपकलार्ब सतही शल्की पिटको के रूप में होता है। इन पिटको से मसानुमा प्रवर्ध तेजी से बढ़ने लगते हैं; इनके केंद्रों में अपघटन शुरू हो जाता है और क्रेटर जैसे व्रण बनने लगते हैं। प्रारंभिक प्रसार अपवहन की विधि में क्षेत्रीय लसपर्वों तक प्रेक्षित होता है। अर्बुद चर्म के किसी भी क्षेत्र पर उत्पन्न हो सकता है, फिर भी इसके प्रिय स्थल नैसर्गिक द्वारों के गिर्द, मुख-श्लेष्मला (जीभ), गला, हथेलियों के पीछे और जबड़े हैं।

कर्कस (कैक्रोइड) कंटार्ब का एक अतर्स्पर्दी रूप है। यह कठोर, मुश्किल से हिलने वाला पीडाहीन अर्बुदो के रूप में व्यक्ति होता है, जिनकी अवच्छिन्न (अ-सतत) किनारिया विदारो से कटी-फटी होती है। अर्बुद अक्सर व्रणित हो जाते हैं और सरलता से रक्तस्राव करने लगते हैं।

पिटिकीय (पनपू) कांटल (कंटकोशिकीय) कर्कार्ब एक एक्सोफीटिक चपटा मसानुमा अर्बुद है, जो फूलगोभी की तरह बढ़ता है, इसमें अपघटन की प्रवृत्ति होती है। इसके प्रिय स्थल निचला होंठ और जननेद्रिय के क्षेत्र हैं।

ऊतगदलोचन—अविशिष्ट (अविभेदित) कंटकोशिकाओं का जाल जैसा बहुलन और मोती जैसी केराटोटिक कोशिकाओं के खोते पाये जाते हैं। अर्बुद की

कार्शिकाय मन्त्रम और अनुष्ठानम की न-इकर पहचान नामा ८, गन्तव्यनाम्ना
 रीतिनृत्तलङ्क, अन्न की मात्रा और खगोलीय गणितनाम वरना १०, पञ्चमहाभूतनाम की
 शास्त्रीय प्रामाण्यनाम की।

चिकित्सा—नाम नार्म वाला एक र निम्नलिखित का प्रयोग होता है। अर्ध
 को विद्युत् करणजन म स्वास्थ्य उत्तम समन रज्ज्वर्धन कर दिया जाता है, लक्षण
 को दूर किया जाता है और इसके बाद रज्ज्वर्धन चिकित्सा नाम १३ परीक्षा-
 ओलीवोमीसिन का मन्त्रम प्रयुक्त होता है।

क्रव्यार्ब

चर्म का क्रव्यार्ब प्रार्थनिक या द्वितीय (अपवहन से उत्पन्न) हो सकता है।
 क्रव्यार्ब अपरिपक्व योजक फैतकों का एक दुर्दम नौवर्ध है। चर्म-क्रव्यार्ब शुरू में
 सुचल होते हैं (अपने स्थान से हिलडुल सकते हैं, एक जगह दृढ़ता से जमे नहीं
 होते) और द्रुत वर्धन द्वारा लठिन होते हैं। इनके ऊपर का चर्म भी सुचल और
 अपरिवर्तित होता है। बाद में ऊपर का चर्म लाल-वेगनी हो जाता है और अर्बुद
 बहुत कड़ा हो जाता है, व्रणन एवं वर्धन जारी रखता है। प्रयत्निकल खाद्य वाले
 गहरे व्रण बनते हैं। लसपर्वी तथा अस्थिर्यी तक अपवहन होता है। क्रव्यार्ब एक
 मेलानोकोशिकीय तिल से शुरू हो सकता है (अक्सर चाँटज क्षीय के बाद,
 स्वतःस्फूर्त प्रक्रिया बहुत विरल है)। इसके बाद उसका अंतःस्पर्धन शुरू हो जाता है,
 वह काला और वर्धित होने लगता है। परिसर में एक शांती बनाने पाया जा सकता है।
 तिल वर्णित होता है, लसपर्वी, यकृत तथा मस्तिष्क की ओर अपवहन होता और
 रोगी की मृत्यु हो जाती है।

तीव्र प्रवाह ग्रहण करने वाले क्रव्यार्ब में मृत्यु कुछ महीनों में हो जाती है।
 चिरकालिक प्रवाह में रोगी कई वर्षों तक जीवित रहता है।

गर्म देशों के कुछ चर्म रोग

पिंता (स्पेनिश *pinta*, अर्थात् नन्हा धब्बा) एक चिरकालिक अरनिज रोग
 है जो मुख्यतः मध्य एवं दक्षिणी अमरीका और पश्चिमी अफ्रीका के देशों में पाया
 जाता है। इसका निमित्त कारण त्रेपोनेमा कारातेउम है, जो दैनंदिन निकट संपर्क
 से संक्रमण करता है।

एक से तीन सप्ताह के अतर्शयन-काल के पश्चात् प्राथमिक क्षति विकसित
 होती है। इसकी प्रकृति चपटे शल्की अ-वर्णित पिटक की होती है, जो परिसर में
 प्रसार करता है और विस्तृत ललामिक-शल्की चकत्ते बनाता है। त्रेपोनेमा पालीडुम

जैसे जीवाणु प्राथमिक अधिकेंद्रों में सरलतापूर्वक पहचान में आ जाते हैं; अधिकेंद्र अक्सर शरीर का कोई भी अनावृत स्थल हो सकता है।

द्वितीयक क्षतियां पितास (स्पैनिश 'पिता' और हिंदी 'अम' अर्थात् 'ऐसा', 'सदृश') पैठन के 5 से 12 महीने बाद उत्पन्न होते हैं। वे विसरित कटु धब्बों और लाल, हल्के नीले तथा भूराभ श्वेत पिटकों द्वारा लक्षित होते हैं। शल्कन अधिकेंद्र के मध्य में और निर्वर्णकता परिसर में देखी जाती है। क्षतियां खर्जुक्लेश, सीफिलिस और दिनायस से मिलते-जुलते हो सकते हैं।

तृतीयक चरण कई महीनों बाद और कभी-कभी कुछ वर्षों बाद आता है। यह चर्म में अपरजक परिवर्तनों द्वारा लक्षित होता है। गंदले रंग के धब्बों के बीच-बीच में अतिवर्णकित क्षेत्र आ-आकर एक विशिष्ट चित्र प्रस्तुत करते हैं। हथेलियों और तलवों पर चर्म मोटा तथा निर्वर्णकित हो जाता है। लसग्रथिरुग्णता विकसित होती है। निमित्त कारण लसपर्वों से प्राप्त द्रव्य में अनुवेदित हो सकते हैं।

वास्सेरमान की प्रतिक्रिया और प्रेसिप्टिन-प्रतिक्रिया प्रथम दो चरणों में 75 प्रतिशत और तीसरे चरण में 100 प्रतिशत रोगियों में धनात्मक होती है। त्रेपोनेमा पालीडुम का निश्चलकरण-परीक्षण पूरे रोग-काल में धनात्मक (पुष्टिकारक) होता है।

चिकित्सा—प्रतिजीवकों का उपयोग होता है।

बेजेल (अरबी सीफिलिस) एक त्रेपोनेमा-प्रेरित अरतिज रोग है, जो अरबी देशों में पाया जाता है। इसका निमित्त कारण त्रेपोनेमा बेजेल है, जो रूपलोचनी तौर पर सीफिलिस, पिता और फ्रांजे जिया उत्पन्न करने वाले त्रेपोनेमा-जीवाणुओं से मिलता-जुलता होता है। पैठन के प्रसार (या संक्रमण) का सबंध बुरी हाइजीनिक परिस्थितियों के साथ है। यह अधिकांशतः बच्चों को होता है।

चर्म एवं श्लेष्मल झिल्लियों की रालार्बिक-व्रण्य क्षतियां, अस्थिपर्यस्थिशोथ, सधिवर्ती पर्व, मुख-श्लेष्मला पर पनपू पिटक तथा धब्बे, हथेली और तलवे का शृंगीक्लेश, खल्वाटता और शिवत्र के अधिकेंद्र विकसित होते हैं।

वास्सेरमान की प्रतिक्रिया और प्रेसिप्टिन-प्रतिक्रिया धनात्मक होती है।

चिकित्सा—प्रतिजीवक (पेनीसिलिन, तेन्नासिकलीन, एरीथ्रोमीसिन, क्लोराफेनीकोल) प्रलिखित किये जाते हैं।

ट्रौपिक फ्रांजेजिया (न्युपदंश) उष्ण कटिबंधीय क्षेत्रों का एक रोग है। इसके निमित्त-जीवाणु त्रेपोनेमा पैर्तेनुए कास्तेलानी है। इसका प्रसार (या संक्रमण, पैठन) निकट दैनदिन (अयौन, अरतिज) सपकों, चर्म की चोटज क्षति और कीट-दंशों से होता है। इसका अंतर्जानपदिक प्रसार सिर्फ जनता की सामाजिक एवं हाइजीनिक परिस्थितियों पर निर्भर करता है, जो कुछ उपनिवेशी देशों में बहुत बुरी

धी-धी-धी और किशोरा में इस रंग के प्रान्ति-प्रान्ति प्राणना होता है

तल्पिक प्रवाह के अनुसार प्राबल्य या रीफ्लिक्स में बहुत घिनना जनता होता है। दो से चार सप्ताह के अनशयन काल के पश्चात् एक पार्थमिक अधिकृत बनता है। यह अतिरिक्तनय नलक में बिन्दु रूप में पनपे पिट्टका में लक्षित होता है। पिट्टक नेजी में बढ़ने में, बाणन होने में और रंगाना में इस नाम है। नवी (मृग) पर चौरस तथा हल्का वर्णकित क्षताक रह जाता है। प्राथमिक आकार में यह, सधिवटन और सिरदर्द का पृष्ठभूमि में विकसित होती है। एक-दो तीन महीन या द्वितीय स्फोट विकसित होत है। ये हैं—वर्धमान्य, वृद्धन, लगमी, ममानुभा, पनपू पिट्टक, जो देखने में रास्पवरी (रसभरी) जैसे लगते हैं। (फ्रांसीसी शब्द 'फ्रांजिया' का अर्थ रास्पवरी ही है)। ये पिट्टक आर्द्र पाली खादिया से ढंके होते हैं, जिनका आकार 1-2 सेंटीमीटर होता है। नलामकलेशिक-शल्की तथा गुलाबकीय धब्बे और शैवाकवत मशिकीय तथा केगटोटिक पिट्टक भी द्वितीय चरण के लिये लंछक होते हैं। चर्म-पुटको के स्थल पर विपुल कणमय पारिष्कारिक विरचनाएं उत्पन्न होती हैं। कुछ सप्ताहों या महीनों में क्षतियां अवगामी होती हैं और अपने पीले निर्वर्णकित या अतिवर्णकित शल्की क्षेत्र छोड़ जाती हैं।

द्वितीय स्फोटो में पूर्व ज्वर, लसग्रायकमना, परीस्थशोथ, अस्थिवेदना, रुमैटीकत पीड़ाजनक संवृत्तियां और पाचन में गन्धही प्रेरित होती है।

तृतीय चरण पैठन के सात से दस साल बाद विकसित होता है, जो फटकर अनियमित, अपरदित किनारियों वाले कणीभूत (ग्रेनुलेटिंग) पिट्टिकाधिक द्रण बनाते हैं। ठीक होने पर विकृत (कुरूप) क्षताक रह जाते हैं। अवसर परा में रालाविक अस्थिपर्यस्थिशोथ के कारण तलवार की तरह मुड़े हुए पैर हो जाते हैं, आदमी अपंग हो जाता है, अस्थियों में स्वतःस्फूर्त विभजन (विदार, टूटन आदि) होने लगते हैं।

मुंह, नासाग्रसनी, नेत्र-कोटरों में ऊतको के तीव्र विकृतकारी कणाविक पूयिक क्षतियां होती हैं। द्रुत विमृत्तिक अपघटन के कारण वे एक कोटर के रूप में सगमित हो सकती हैं। बहुसंख्य, घने, मद गति से वर्धन करने वाले गुल्म कोहनियों, घुटनों तथा अन्य संधियों पर उत्पन्न होते हैं (सधि-पर्व), जो नीचे के ऊतको के साथ सगलित हो जाते हैं, यह रंग एक लंछक अभिव्यक्ति है।

वास्सेरमान की प्रतिक्रिया और प्रेसिप्टन-प्रतिक्रिया के परिणाम फ्राबेजिया में स्थायी तौर पर धनात्मक रहते हैं। बिओप्सी से त्रेपोनेमा अनुवेदित होते हैं।

चिकित्सा—एटी-सीफिलिसी चिकित्सा प्रयुक्त की जाती है। पेनीसिलिन, एरीथ्रोमीसिन और विस्मथ के प्रसाधन प्रलिखित किये जाते हैं।

Gifted by
Raja Ram Mohun Roy
Library Foundation,
Calcutta.



मानव स्वास्थ्य

चिकित्सा शृंखला

प्राथमिक चिकित्सा कैसे करें ?

मानसिक रोग कारण और उपचार

हृदय रोग कारण और उपचार

नेत्ररोग कारण और उपचार

नाक, कान, गला रोग कारण

और उपचार

आपका स्वास्थ्य

जीने की कला

चर्मरोग चिकित्सा

महारोग एड्स

घरेलू उपचार

स्वास्थ्य रक्षा भाग-1

स्वास्थ्य रक्षा भाग-2

दुर्घटनाओं के कारण और बचाव

जड़ी बूटियों से उपचार

उत्कृष्ट साहित्य का प्रतीक

दिल्ली पुस्तक सदन

सुरुचिपूर्ण प्रकाशन ।

एक गौरवशाली परम्परा